

支 給 決 議 書			支 給 額		円
常 務 理 事	事 務 長	係	支給内訳	☐ 療 養 費 ☐ 家 族 療 養 費	円
				☐ 一部負担還元金 ☐ 家族療養付加金	円
資格取得	昭・平・令 年 月 日		支給 期 間	令和 年 月 日	日間
資格喪失	令和 年 月 日			令和 年 月 日	
計 算 式					

上記は記入しないでください。



被保険者

・



被扶養者

療養費支給申請書（あん摩・マッサージ用）
（令和 X 年 X 月分）

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）
＊被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	*被保険者等 記号・番号	記号	1010		請求者の 氏 名	健保 花子	
		番号	99999				
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。					
	被保険者の住所	〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-2-3					
	会社名および所属	日本無線株式会社				〇〇 部	〇〇 課
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名		生 年 月 日		続 柄	
				昭・平・令 年 月 日			
	傷 病 名	脳梗塞による半身麻痺		発病または負傷日	平・令 X 年 X 月 X 日		
	発病負傷の原因	不明					
	第三者行為による ものですか	いいえ ・ はい （別紙届出必要）					
傷 病 の 経 過	良好						
施 術 を 受 け た 期 間	自 令和 X 年 X 月 X 日	3 日間		至 令和 X 年 X 月 X 日	施術に要した 費用の額	2,370 円	

①給付金振込先の確認	給付金の受取方法についての確認（任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ） ■1.在職中（給付金の受領を事業主へ委任します） ☐ 2.任意継続被保険者として、日無健保に加入中 ☐ 3.令和 年 月 日退職（退職後の継続給付対象者）	②任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座	コード番号	(金融機関コード)				(店番コード)																														
			金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他 ()				本店 支店 出張所																														
			預金種別	普通	口座番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												(右づめ)																				
口座名義人	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。） ◆被保険者名義の口座に限る <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																					
	上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください		公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします） ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。																																		

【事業主確認欄】（確認後に、 ☐ に✓をしてください）	
☒	本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。

施術者記入欄

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間		実日数	請 求 区 分
	平 令 X 年 X 月 X 日			自：令和 X 年 X 月 X 日 ～ 至：令和 X 年 X 月 X 日		3 日	新規・継続
	傷病名または症状				脳梗塞による半身麻痺		転 帰
	マッサージ				軀幹 340 円 × 3 回 = 1.020 円		継続・治癒 中止・転医
					右上肢 340 円 × 3 回 = 1.020 円		
					左上肢 円 × 回 = 円		摘 要
					右下肢 円 × 回 = 円		
					左下肢 円 × 回 = 円		
	変形徒手矯正術				円 × 肢× 回 = 円		
	温罨法				円 × 回 = 円		
	温罨法・電気光線器具				円 × 回 = 円		
	往療料	4km まで		円 × 回 = 円			
		4km 超		円 × 回 = 円			
	施術報告書交付料 (前回支給:令和 年 月分)				110 円 × 3 回 = 330 円		
	合 計				2.370 円		
施術日	通院○ 往療◎	X 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。				住所（所在地）〒000-000 00県 00市 00町 123		
	免許登録番号（あん摩・マッサージ指圧師） 000000				施術所名 00あん摩・マッサージ会		
					氏 名 按摩 太郎		
					電 話 000-000-0000		
医 師 の 同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所（医療機関名）			同意年月日	
	医師 花子 先生		00県 00市 00町 4-5-6 0000病院			令和 X 年 X 月 X 日	
	傷 病 名		要加療期間		同意書有効期限		摘 要
	脳梗塞後遺症		3ヵ月		令和 X 年 X 月 X 日		

領収書および医師の同意書をつけて申請してください。
同意書は6ヵ月毎に提出してください。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）