

|                       |                 |             |  |    |
|-----------------------|-----------------|-------------|--|----|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 決 定 額           | 円           |  |    |
|                       | 支 給 内 訳         | 療養          |  |    |
|                       |                 | 高額          |  | 付加 |
|                       | 資格取得            | 昭・平・令 年 月 日 |  |    |
|                       | 資格喪失            | 令和 年 月 日    |  |    |
| 支払区分                  | 7 割 ・ 8 割 ・ 9 割 |             |  |    |

|      |          |   |  |
|------|----------|---|--|
| 決定日  | 令和 年 月 日 |   |  |
| 支給日  | 令和 年 月 日 |   |  |
| 常務理事 | 事務長      | 係 |  |
|      |          |   |  |

健康保険 【被保険者・家族】 療養費支給申請書（あんま・マッサージ・指圧用） 令和 年 月分

|                                                |                                 |                                                                                                                                                |                     |                      |                                 |          |     |
|------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------|----------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | ① 被保険者証<br>の記号番号                | 記号<br>番号                                                                                                                                       | ② 被保険者の氏名<br>氏名（自署） | (フリガナ) 男<br>女        |                                 |          |     |
|                                                | ③ 被保険者の<br>現 住 所 等              | 〒 ※都道府県名から記入<br>電話番号 ( — — )                                                                                                                   |                     |                      |                                 |          |     |
|                                                | ④ 事業所名称                         |                                                                                                                                                |                     | ⑤ 勤務支店名              |                                 |          |     |
|                                                | ⑥ 施 術 を<br>受けた者                 | 氏名                                                                                                                                             | 生年<br>月日            | 昭和<br>平成 年 月 日       | 被保険者<br>との続柄                    |          |     |
|                                                | ⑦ 傷病名<br>(医師の同意を受けた)            |                                                                                                                                                |                     | ⑧ 第三者の行為に<br>よる負傷ですか | はい ・ いいえ<br>(はい のときは別途「傷病届」を提出) |          |     |
|                                                | ⑨ 傷病の原因<br>及びその経過               |                                                                                                                                                |                     | ⑩ 施術に要した費用           | 円                               |          |     |
|                                                | 委<br>任<br>欄                     | 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。<br>なお、関東いすゞ健康保険組合が医療機関などの関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また、当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。<br>令和 年 月 日 被保険者氏名（自署） |                     |                      |                                 |          |     |
|                                                | 支<br>払<br>先<br>金<br>融<br>機<br>関 | ※被保険者が「退職している（任意継続含む）」場合に記入。 <名義は被保険者に限る>                                                                                                      |                     |                      |                                 |          |     |
|                                                |                                 | 金融機関名                                                                                                                                          | 銀行<br>金庫            | 組合<br>農協             | 支店名                             | 本店<br>支店 | 出張所 |
|                                                |                                 | 口座番号                                                                                                                                           | 預金種別                |                      | 普通 ・ 当座                         |          |     |

|                       |                                                                                     |          |     |      |     |                       |  |             |       |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|-----------------------|--|-------------|-------|--|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 初療年月日                                                                               | 令和 年 月 日 |     | 施術期間 |     | 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 |  | 実日数         | 請求区分  |  |
|                       |                                                                                     |          |     |      |     |                       |  | 日           | 新規・継続 |  |
|                       | 傷病名または症状                                                                            |          |     |      |     |                       |  | 転 帰         |       |  |
|                       |                                                                                     |          |     |      |     |                       |  | 継続・治癒・中止・転医 |       |  |
|                       | マッサージ 駆幹                                                                            | 円 ×      | 回 = | 円    | 摘 要 |                       |  |             |       |  |
|                       | 右上肢                                                                                 | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 左上肢                                                                                 | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 右下肢                                                                                 | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 右下肢                                                                                 | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 変形徒手矯正術                                                                             | 円 ×      | 肢 × | 回 =  | 円   |                       |  |             |       |  |
|                       | 温 電 法                                                                               | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 温電法・電気光線器具                                                                          | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 往療料 4Kmまで                                                                           | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 往療料 4Km超                                                                            | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
|                       | 施術報告書交付料<br>(前回支給： 年 月分)                                                            | 円 ×      | 回 = | 円    |     |                       |  |             |       |  |
| 合 計                   |                                                                                     |          |     | 円    |     |                       |  |             |       |  |
| 施術日：通院○、往療◎ ( 月施術分)   | 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<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 所在地<br>令和 年 月 日 施術所<br>あんま・マッサージ師・指圧師 氏 名<br>免許登録番号 電 話    |          |     |      |     |                       |  |             |       |  |

|                  |        |         |       |     |       |
|------------------|--------|---------|-------|-----|-------|
| 同<br>意<br>記<br>録 | 同意医師氏名 | 同意医師の住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
|                  |        |         |       |     |       |