ルネサス健保使用欄

支給決定額		決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当
法定	円					
付加	円					

伺年月日	令和 年 月 日	資格取得日	平成 令和 年 月 日
決済年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	平成 令和 年 月 日

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照）

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費申請書（ 年 月施術分）（あんま・マッサージ用）

提出日	令和 年 月 日

被保険者情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号(右詰め)		被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日
記号	番号				

事業所(いずれかに✔)	従業員番号(任継・特退は記入不要)	日中の連絡先 電話番号	連絡用メールアドレス
□REL □RSMC □任継・特退			

申請内容

療養を受けた者の氏名	フリガナ / 男・女	続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名				発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日
発症又は負傷の原因及びその経過				業務上・第三者行為の有無	有 □業務上 □第三者 無
				施術に要した費用の額	円

委任状【給付金は在籍している事業主から給与支給となる為、下記へご記入ください。】

本請求に基く給付金に関する受領を 事業主 に委任します。

令和 年 月 日 被保険者の氏名

退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込ますので記入不要です。

退職日： 令和 年 月 日	銀行 支店 普通・当座 口座番号
	被保険者口座名義(カナ)

あんま・マッサージ師記入欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	転帰
平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医

傷病名又は症状				摘要
マッサージ	躯幹	円 ×	回 ＝	円
	右上肢	円 ×	回 ＝	円
	左上肢	円 ×	回 ＝	円
	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
往療料 4km超		円 ×	回 ＝	円
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円 ×	回 ＝	円
合 計				円

施術日 月	通院○ 往療◎	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	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	免許登録番号 あんま・マッサージ指圧師	住所 施術所名称 氏名	電話

同意記録

同意医師の氏名・住所	住所		
	氏名		電話
同意年月日	令和 年 月 日	要加療期間	
傷病名			

＜注意事項＞

・医療機関の領収書原本と、「医師の同意書」原本を添付してください。
・但し、同意書においては、療養費の支給が可能な期間内※における2回目以降の請求では省略可能。
※ 初療又は再同意日から起算して5ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の15日以前の場合)、6ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の16日以降の場合)、1ヶ月後(初療又は再同意日に関わらず、施術内容が変形徒手矯正術の場合)
・施術報告書交付料を請求の場合は、写しを添付してください。(6ヶ月に一度請求可)

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス ［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］ 社内郵便：本／ソシア社労士オフィス ※社内郵便は到着まで数日～1週間程度かかります。お急ぎの場合は日本郵便をご利用ください。
任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合［〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1］

事業所担当者印	健保インプット	健保受付日付印