ルネサス健保使用欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 支給 | | | 担当 |
| 伺年 | | | 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 | | 和　年　月　日 |

＜注意＞　この請求は、医師の同意を受け、「あんま・マッサージ」費用を10割自己負担で支払いした場合の請求です。
被保険者による申請書記入、必要書類添付（支払額要確認）の上、ご提出ください。

健保使用欄です。記入しないでください。

ルネサス健康保険組合御中　（送付先は

# 健康保険　被保険者 [✓ 被扶養者]　療養費申請書（R6　年　10月　施術分）（あんま・マッサージ用）

**記入例**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 提出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

提出日と委任日は同日

**被保険者情報**

※枝番（-00）記入は不要です

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者の記号・番号（右詰め） | | | 平成 |
| 記号 | 番号 | | 年　月　日 |
| 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<br>男・女 | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 [✓ 平成] 令和　年　月　日 |
| 傷病名 | 医師が同意している傷病名以外は受付不可 | | | 発病又は負傷の年月日 | 平成 [✓ 令和]　「不明」でも可　日 |
| 発症又は負傷の原因及びその経過 | はっきりと分からない場合は、「不明」でも可 | | | 業務上・第三者行為の有無 | 有 ☐ 業務上 ☐ 第三者　[✓ 無] |
| 施術した場所（入居施設に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載） | | | | 施術に要した費用の | |

有　無　該当する方に○をつけてください。
有の場合はどちらかにチェックしてください。

委任状欄は一般被保険者（従業員）のみご記入ください。

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
受領を 事業主 に委任します。
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 |
| 平成　令和　年　月　日 | 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 | 日 | 新規・継続 |
| 傷病名及び症状 | | | 転帰<br>継続・治癒・中止・転医 |
| | | | 摘要 |

施術料

マッサージ（
通
訪問施
訪問施
訪問施術料
訪問施術料
温罨法
温罨法・電気光線
変形徒手矯正
※温罨法との
特別地域
往療
施術報告書
（前回支給：　年
合
施術日　通院○　①
月　往療◎　②　③
6　27　28　29　30　31
往療又は訪問の理由（1. 徒

施術した「あんま・マッサージ師」に記入を依頼してください。

施術所が発行する「療養費支給申請書」添付の場合は未記入で構いません。

※同内容が記載してあることを確認してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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。<br>令和　年　月　日<br>免許登録番号<br>あんま・マッサージ指圧師 | 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 |
| | | 住所<br>施術所名称<br>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　従業員 | 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］<br>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 |
|---|---|---|
| | | |