ルネサス健保使用欄

| 支給決定額 | 法定 | 円 |
|---|---|---|
| | 付加 | 円 |

| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 主 任 | 担 当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|

## 基 本 情 報

※枝番(-00)記入は不要です。

| 被保険者証の記号･番号(右詰め) | | 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 昭和 平成　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 記号 | 番号 | | | | |

| 事業所 | | 連絡先 | |
|---|---|---|---|
| 社 名 | 従業員番号 | 内線TEL | 日中の連絡先 電話番号 |
| | | | |

## 申 請 内 容

| 療養を受けた者の氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ　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[給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入ください。]

本請求に基く給付金に関する受領を　　殿に委任します。

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。 | 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 |
|---|---|---|---|
| | 令和　年　月　日 | 住所 | |
| | 免許登録番号　あんま･マッサージ指圧師 | 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 | 社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29]<br>※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木 |
| 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 |
|---|---|---|
| | | |

K-003