

事業所担当者( )<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)  
※担当者を記入してください

あんま・マッサージ  
2022年 3月分

被保険者  
家族

### 療養費請求書

対応する項目に☑○、施術年月を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者 の氏名	健保 太郎		
	③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
	④被扶養者に関 する申請の場合	氏名	生年月日	年 月 日	才	続柄 (長男・長 女等)
	⑤発病または 負傷年月日	2022年 3月 3日		⑥傷病名	脳出血後遺症、四肢麻痺	
	⑦発病または 負傷の原因	脳出血で片麻痺となり医師が治療上必要と認め、マッサージの施術を指示された。				
	⑧第三者行為に よるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いい		⑨業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いい	
	⑩傷病の経過	良好。		⑧⑨が「はい」の場合は、請求不可です。		
	⑪ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
		〇〇銀行	△△支店	普通 当座	0123456	ケンポ タロウ

上記のとおり請求します。

2022年 4月 10日

被保険者の住所 〒 123-4567

××市〇〇区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 ( 6123 )4567

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	初療年月日	年 月 日	自: 年 月 日~至: 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	傷病名					転帰	継続・治癒・中止	
	マッサージ	躯幹	円×	回=	円	摘要		
		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×	回=	円				
	温罨法	施術者(あんま・マッサージ師)に記入してもらってください。				円×	回=	円
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円				
	往療料 2kmまで	円×	回=	円				
加算( km)	円×	回=	円					
上記費用合計額					円			
施術日:通院○往療◎	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						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。					年 月 日			
住所 〒					氏名	印		
同意医師の 氏名	医療機関名	住 所		同意年月日				
				同意・ 再同意	年 月 日			
傷病名				要加療期間				
				年 月 日~ 年 月 日				

◎請求書は暦月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。領収証(原本)及び初療(初診)の場合は「医師の同意書」(原本)を添付してください。

◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。

※役所への申請等で領収証の原本が必要な場合は、その旨お申し出ください。原本証明を返却します。

※関係書類の確認のため、療養費の振込は受療月の3ヶ月後以降になりますのでご了承願います。