

ルネサス健保使用欄

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|---|----|------|-------|----|----|---|---|---|
| 支給決定額 | 法定 | 円 | 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 | | | |
| | 付加 | 円 | | | | | | | | |
| 同年月日 | 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 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 | | | | | | | | |
| 社名 | | | | 従業員番号 | | 日中の連絡先 電話番号 | | | | |

申請内容

| | | | | | | | |
|---|------|----|---------------|---|---|---|---|
| 療養を受けた者の氏名 | フリガナ | 続柄 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 傷病名 | 男・女 | | 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 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 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 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 施術期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 | 実日数 | 日 | 請求区分 | 新規・継続 |
| 傷病名及び症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | 転帰 | 継続・治癒・中止・転医 |
| 施術料 | マッサージ(施術料) | 同意部位 | (軀幹) | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) | 摘要 | | | | | | | | | | |
| | | 施術回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | | | | | | | | | | | |
| | 通所 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 1 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 2 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3(3人～9人) | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3(10人以上) | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温 罨 法(加算) | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温罨法・電気光線器具(加算) | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可 | 同意部位 | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) | | | | | | | | | | | | |
| | 施術回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| 特別地域(加算) | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往 療 料 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 施術日 | 通院○ | ① 訪問1 | 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 |
| 月往療◎ | | ② 訪問2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ③ 訪問3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

往療又は訪問の理由(1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害により独歩による外出困難 3. その他)

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------------|--------------|----|----|----|---------|-----------|---------------|
| 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 |
| | 住所 | 住所 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 電話 | 電話 |
| | 免許登録番号 | あんま・マッサージ指圧師 | | | | | | |

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] ※社内便の場合: 本/日立MP(OC2)(人事)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