

| | | | | |
|-------|---|---|---|----|
| 支給 | <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。 | | | 担当 |
| 同年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決済年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 支払年月日 | 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 (R6 年 10月 施術分) (あんま・マッサージ用)

| | | | | | | |
|--|-----------------------|---|-------|--------------|--------------------|------------|
| 提出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 提出日と委任日は同日にしてください。 | 記入例 |
| 被保険者情報 | | ※枝番(-00)記入は不要です | | | 平成 | |
| 被保険者の記号・番号(右詰め) | | 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。 | | | 年 月 日 | |
| 記号 | 番号 | 社名 | 従業員番号 | 日中の連絡先 電話番号 | | |
| 任継(800)・特退(900)の方は記入不要です。 | | | | | | |
| 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 |
| 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 |
| 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 | 無 |
| 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】 | | | | | | |
| 本請求に基づく給付金に関する受領を | | | | | | |
| 委任状欄は一般被保険者(従業員)のみ記入ください。 | | | | | | |
| 委任状欄は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 銀行 支店 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 | 請求区分 |
| 施術期間 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 新規・継続 |
| 実日数 | | 日 | | | | 転帰 |
| 傷病名及び症状 | | 継続・治癒・中止・転医 | | | | 摘要 |
| <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※同内容が記載してあることを確認してください。</p> <p>2024.10～算定改正に伴う改版</p> | | | | | | |
| 施術料 | 通院 | 訪問 | 訪問 | 訪問 | 訪問 | 6 27 28 29 30 31 |
| 特別地域 | 往療 | 往療又は訪問の理由(1. 従 | | | | |
| 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 | | | | |
| 電話番号 | | 電話番号 | | | | |
| 同意記録 | | | | | | |
| 同意医師の氏名・住所 | 住所 | 住所 | | | | 電話 |
| 同意年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 要加療期間 | |
| 傷病名 | | 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 | 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