

<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。

何年月日	令和	年	月	日	登録取得日	平成	年	月	日
決済年月日	令和				健保使用欄です。記入しないでください。	令和			
支払年月日	令和					令和			

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(令和4年5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
-----	----	---	---	---	---	--------------------	-----

枝番(-00)記入は不要です。										
被保険者証の記号・番号(右詰め)					フリガナ		レイウ		タロウ	
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名					令和		太郎		生年月日	
					昭和		平成		50年1月1日	
社名					事業所		連絡先		日中の連絡先 電話番号	
ルネサスエレクトロニクス					123645678		814-1234		03-1234-5678	

委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。										
療養を受けた者の氏名					フリガナ		レイウ		ハナコ	
令和					花子		男		女	
続柄					妻		生年月日		昭和	
					平成		50年5月1日		令和	
傷病名					脳梗塞後遺症		発病又は負傷の年月日		平成	
					令和2年5月1日、脳梗塞術後に麻痺		業務上・第三者行為の有無		有	
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		無	
委任状(給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下)					本請求に基づく給付金に関する受領を		令和		○年	
被保険者の氏名					令和		太郎		委任者名は、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・特例退職被保険者は登録口座へ振込ますので記入不要です。					銀行		支店		普通・当座 口座番号	
退職日: 令和					年		月		日	
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			日		新規・継続		継続・治癒・中止・転医	
傷病名又は症状		マッサージ			変形徒手矯正術		温電法		温電法・電気光線器具	
		往療料 4kmまで			往療料 4km超		施術報告書交付料		(前回支給: 年 月分)	
合計		1			2		24		25 26 27 28 29 30 31	
施術日		通院			往療		住所		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			氏名		氏名		電話	

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	
傷病名		要加療期間					

<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
---------	---------	---------