

<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。

|       |    |                     |   |   |     |    |    |   |   |   |
|-------|----|---------------------|---|---|-----|----|----|---|---|---|
| 同年月日  | 令和 | 年                   | 月 | 日 | 受取日 | 平成 | 令和 | 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 | 年  | 月 | 日 |   |
| 支払年月日 | 令和 |                     |   |   |     | 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(令和4年5月施術分)（あんま・マッサージ用）

提出日

令和 〇 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)

被保険者の記号・番号(右詰め)

記号

1

0

0

番号

2

3

4

5

6

1 日

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

レイワ

ハナコ

令和

花子

男

女

続柄

妻

生年月日

昭和

平成

令和

50

年

5

月

1

日

傷病名

脳梗塞後遺症

発病又は負傷の年月日

平成

令和

「不明」でも可。

発症又は負傷の原因及びその経過

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

無

業務上

第三者

無

有 無 該当する方に○をつけてください。有の場合はどちらかにチェックしてください。

委任状【給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下記に委任状を提出してください。】

本請求に基く給付金に関する受領を

令和 〇 年 △ 月 □ 日

殿に委任します。

委任状欄は一般被保険者（従業員）のみ記入ください。

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し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 | 請求区分 | 新規・継続 | 転帰 | 転帰           |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |  |  |  |  |  |  |  |    |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名又は症状              | 摘要                      |    |   |   |   |      |    |   |   |        |          |    |    |    |    |     |      |       |    |              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |  |  |  |  |  |  |  |    |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                   |                         |    |   |   |   |      |    |   |   |        |          |    |    |    |    |     |      |       |    |              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |  |  |  |  |  |  |  |    |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日                  | 通院○                     | 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○                     |    |   |   |   |      |    |   |   |        |          |    |    |    |    |     |      |       |    |              |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |  |  |  |  |  |  |  |    |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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     |          |    |    |    |    |     |      |       |    | 氏名           |         |    |    |    |    |    |    |    |    | 電話 |           |    |  |  |  |  |  |  |  |    |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                         |    |   |   |   |      |    |   |   | 免許登録番号 |          |    |    |    |    |     |      |       |    | あんま・マッサージ指圧師 |         |    |    |    |    |    |    |    |    | 氏名 |           |    |  |  |  |  |  |  |  | 電話 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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。

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        | 従業員<br>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)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