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					

伺年月日	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 被扶養者　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　男・女	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
傷病名				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 ☐業務上 ☐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	施術期間	実日数	請求区分	転帰
平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日～令和　年　月　日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医

傷病名又は症状					摘　要
マッサージ	躯　幹	円 ×	回 ＝	円	
	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 × 肢 ×	回 ＝	円	
温罨法		円 ×	回 ＝	円	
温罨法・電気光線器具		円 ×	回 ＝	円	
往療料　4kmまで		円 ×	回 ＝	円	
往療料　4km超		円 ×	回 ＝	円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円 ×	回 ＝	円	
合　計				円	

施術日 月	通院○ 往療◎	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

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。	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
	令和　年　月　日	住　所	
	免許登録番号　あんま・マッサージ指圧師	施術所名称	
		氏　名	電　話

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)(人事ソ)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

K-003