

サッポロビール健康保険組合 御中

被保険者用

被扶養者用

療養費支給申請書 (平成 年 月分) あん摩・マッサージ用 (第 回目)

|                                                          |                                                    |                                       |            |       |      |          |       |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------|-------|------|----------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 記号<br>番号                                           | (2桁又は4桁)<br>(7桁)                      | 被保険者<br>氏名 | 印     | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 月 日 |
|                                                          | 事業所<br>名称                                          | 現住所                                   |            |       |      |          |       |
|                                                          | ※被扶養者が療養を受けた場合に記入                                  |                                       |            |       |      |          |       |
|                                                          | 被扶養<br>者氏名                                         | 生年月日                                  | 昭和・平成      | 年 月 日 | 続柄   |          |       |
|                                                          | 傷病名                                                | 業務上・外／第三者行為の有無<br>1.業務上 2.第三者行為 3.その他 |            |       |      |          |       |
| 発病又は<br>負傷年月日                                            | 平成 年 月 日                                           | 発病または傷病の原因及びその経過                      |            |       |      |          |       |
| 委任状欄                                                     | 本請求に基づく給付金に関する受領を (事業主) に委任致します。<br>被保険者氏名 _____ 印 |                                       |            |       |      |          |       |

|                                                                          |                                                                                                     |                                                                                     |       |                          |       |     |      |             |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|-------|-----|------|-------------|
| は<br>り<br>師<br>・<br>き<br>ゆう<br>師<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 初療年月日                                                                                               | 平成 年 月 日                                                                            | 施術期間  | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで | 実日数   | 日   | 請求区分 | 新規・継続       |
|                                                                          | 傷病名及び<br>症状詳細                                                                                       |                                                                                     |       |                          |       |     | 転帰   | 継続・治癒・中止・転医 |
|                                                                          | マッサージ                                                                                               | 躯幹                                                                                  | 円×    | 回=                       | 円     | 摘 要 |      |             |
|                                                                          |                                                                                                     | 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                        |       |     |      |             |
| 往診料 2Kmまで                                                                | 円×                                                                                                  | 回=                                                                                  | 円     |                          |       |     |      |             |
| 加算 ( Km)                                                                 | 円×                                                                                                  | 回=                                                                                  | 円     |                          |       |     |      |             |
| 費用額の合計                                                                   |                                                                                                     |                                                                                     |       | 円                        |       |     |      |             |
| 施術日<br>通院○/往療◎                                                           | 月                                                                                                   | 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                                                                    | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>所在地 _____ 平成 年 月 日<br>あん摩マッサージ指圧師 氏名 _____ <免許登録番号> _____ 印<br>電話 _____ |                                                                                     |       |                          |       |     |      |             |
| 医師の同意                                                                    | 同意医師の氏名                                                                                             | 医療機関名及び住所                                                                           | 同意年月日 | 傷病名                      | 要加療期間 |     |      |             |

※添付書類：領収書の原本、初療時の場合は医師の同意書（次回以降は、同意記録欄に記載）

|                       |       |             |      |    |
|-----------------------|-------|-------------|------|----|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支給期間  | 年 月 日 ~ 月 日 | 実日数  | 日  |
|                       | 費用合計額 | 円           | 法定給付 | 円  |
|                       | 個人負担分 | 円           | 決定額  | 円  |
|                       | 健保負担分 | 円           | 支給日  | 備考 |

受付日付印