

支給決定額
-------

健康保険組合				事業主(本社総務)			
常務理事	事務長	主任	担当				

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書(あんま・マッサージ用)

\*太枠線内を記入してください

提出日	令和 4 年 2 月 25 日	本人家族区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
被保険者証の記号・番号	208 123456	氏名	フリガナ <b>フツリュウ タロウ</b> (氏名) <b>物流 太郎</b>
事業所名称	ロジスティード(株)	所属部・電話	本社 人事サービスセンター (TEL 03-6263-2813)
対象者が被扶養者の場合その氏名		続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 3
傷病名	腰痛症	発病又は負傷日	昭和・平成・令和 年 月 日 令和 4 年 1 月 5 日
発病又は負傷の原因及びその経過	5 しびれを伴う激痛におそれ治療を受けた		
第三者行為に因る施術です	6 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください		
施術を受けた施設	所在地 東京都北区〇〇町1-2-3 名称 ××指圧院 (施術者名) ××三郎		
施術の期間(支給期間)	令和 4 年 1 月 5 日 ~ 令和 4 年 1 月 31 日	日数	6 日
内入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	施術に要した費用の額	8 12,000 円
委任状	9 表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 4 年 2 月 25 日 被保険者氏名 物流 太郎 (印)		

【支給要件】

- 次のような場合に、この請求書を健康保険組合へ提出してください。
- 医療機関以外で、あんま・指圧師によるマッサージを受けたとき
  - 但し、麻痺、関節運動の障害等で担当医が治療上有効と認めたときに限る

《記入要領及び記入上の注意事項》 … 左記帳票の番号と照合してください。

- 『被保険者』又は『被扶養者』の該当する方に✓を付けてください。
- 健康保険証をよく確認の上、記入してください。
- 被保険者からみた続柄を記入してください。(被扶養者が受けた施術費の請求の場合)
- 医師に証明を受けた「同意書」に記載の傷病名を記入してください。
- 傷病の原因等を具体的に記入してください。
- 傷病原因が交通事故等、第三者の行為に因るか否か「はい」「いいえ」に✓をつけてください。  
※「はい」と回答された場合は、必ず「第三者行為による傷病届(HP参照)」を添付してください。
- 今回申請する施術を受けた期間を記入してください。  
※1回の申請は月ごとに末日締めで提出してください。
- 施術を受けた施設所から受け取った領収書を見て記入してください。  
※領収書等の添付書類がA5サイズ(療養費請求書の半分の大きさ)より小さい場合は、  
A4サイズの白紙を台紙として、領収書を剥がれないように糊付けをして提出してください。
- 給付金を給与に合算して支給される事業所の方は、委任状欄の記入・押印をお願いします。  
※被保険者氏名を自署されても本人印は必要ですので、注意してください。
- 施術を受けた施設所の証明が必要です。

\* 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に認印を押してください。

《添付書類》

- 当施設が治療上有効と認める医師の同意書(健保指定帳票 K-005)  
注) 請求の都度、同意書の原紙または写しの添付が必要
- 施術を受けた施設所で受け取った領収書
- 第三者による傷病の場合は、「第三者による傷病届」(健保指定帳票 K-401)

《事業所健保担当者の方へのお願い》

- 健保組合へ提出される前に…
- 本人記入欄(太枠線内)に記入もれや、誤りがないか
  - 添付書類は揃っているか
- 以上をご確認頂いた上で、事業所担当者印を押印願います。

10	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 4 年 1 月 5 日 ~ 令和 4 年 1 月 31 日	実日数	6 日	請求区分	新規 継続	転帰	治癒・中止
あんま・マッサージ指圧師記入欄	傷病名又は症状	腰痛症								適用
	マッサージ	2,000 円 × 1 局所 × 6 回 =	12,000 円							
	変形徒手矯正術	円 × 肢 × 回 =	円							
	温罨法・電気光線器具	円 × 回 =	円							
	往療料	円 × 回 =	円							
加算 (km)	円 × 回 =	円								
合計	12,000 円									
再同意診断記録	再同意(診断)日	令和 年 月 日	受付日付印							
	傷病名	上記「傷病名」に同じ								