

あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう療

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

被保険者等 記号	9999	番号	999999
被保険者氏名	日発 太郎 昭・平 ××年 ××月 ××日生		

療養を受けた方

フリガナ 氏名	ニッパツ トシコ 日発 年子 昭・平・令 ××年 ××月 ××日生	被保険者との続柄(母)
傷病名	医師から指示のあった傷病名を記入します。	
発病、負傷の原因 およびその経過	原因となる傷病の発症時期や、今日までの経過などを記入します。	
第三者の行為によりますか	いいえ ・ はい →別途届出(第三者行為に関する傷病届)が必要です。	
同意をした医師	医院名・医師名 □□総合病院 △△科 ○○先生	
療養を受けた 施術所	名称	□□あん摩マッサージ院
	所在地	○○県 ○○市 △△9-11
施術を受けた部位	両下肢	
施術月日 (通院○往診◎)	××年 ××月分	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 合計 8 日間
施術に要した費用	円	療養費請求額 円
上記金額の受領を右記のものに委任します。	上記月で施術に要した額	上記月で健康保険負担額
下記□を確認✓ <input checked="" type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。 令和 ××年 ××月 ××日	委任者 □□□株式会社 代表取締役社長 ○○○	被保険者氏名 日発 太郎

記入した日

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

<添付書類>

- ①領収書(原本)
- ②施術内容の明細(鍼灸院発行の療養費申請書)
- ③医師の同意書(原本) ※同意書は6か月に1度以上の提出が義務付けられています。

<注意事項>

※保険適用は慢性病であって、医師による適当な治療手段のないものが対象です。

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者