

あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう療

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。番号の枝番は記載不要です。

被保険者証 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 <b>ニッパツ トシコ</b> 氏名 <b>日発 年子</b>	被保険者との続柄( <b>母</b> ) <small>※子の場合は、長男、次男、のように記入</small>
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 <b>□□総合病院 △△科 ○○先生</b>
療養を受けた 施術所	名称 <b>□□あん摩マッサージ院</b>
	所在地 <b>○○県 ○○市 △△9-11</b>
施術を受けた部位	<b>両下肢</b>
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 <b>8</b> 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。 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 <b>□□□株式会社 代表取締役社長 ○○○</b>
記入した日	被保険者氏名 <b>日発 太郎</b>

上記月で健康保険負担額

上記月で施術に要した額

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

業所確認

<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