

※右欄は健康保険組合の使用欄

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	担当者
月 日	円			

被保険者・被扶養者療養費支給申請書（平成30年11月分）（あんま・マッサージ用）

※必要添付書類：領収書（原本）、初療（初診）及び6か月毎に医師の同意書

被 保 険 者 欄	保険証の 記号・番号	1010 — 555555	療養を受けた者 の氏名	フリガナ ケンコウ ヨシミ 健康良美 男 ☒ 女	
	被保険者との続柄	妻	生年月日	昭・平 37 年 10 月 1 日	
	傷病名	筋萎縮症	発病又は負傷年月日	平成 29 年 1 月 頃 日	
	発病又は 負傷の原因	不 詳	傷病の 経過	順 調	
業務上・外、第三者行為の有無（○を付けてください） 1. 業務上 2. 第三者行為である ☒ 3. その他					
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		請求区分	
	平成30年 8月10日	自 平成 30 年 11 月 5 日 至 平成 30 年 11 月 29日		8 日 新規 ☒ 継続	
	傷病名又は症状	筋萎縮症		転帰 継続・治癒・中止・転医	
	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	340 円 × 8	回 =	2,720 円
		左下肢	340 円 × 8	回 =	2,720 円
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円
	温罨法	80	円 × 8	回 =	640 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	
	上記費用合計額		6,080 円		
施術日	11 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 ※通院日は○、往診施術日は◎で囲んでください。			
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。 平成 年 月 日		保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		
	あんまマッサージ 指圧師氏名	免許証No あんまマッサージ指圧師に証明してもらってください。 ㊟	住所 TEL		
	同意医師の氏名		住所		
同 意 記 録	本町 一夫		大阪市中央区◇◇町1-1		
	傷病名		筋萎縮症		
申 請 欄	クラシエ健康保険組合 御中 平成 30 年 12 月 5 日 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				
	所属事業所	クラシエ〇〇(株) △△工場			
	フリガナ	ケンコウ ヤスオ	〒	555 - 1111	
	被保険者氏名	健康 保 男 ☒ ㊟	住所	大阪市〇〇区××町2-1-10	

※任意継続被保険者と1～2ヶ月以内に退職される方は下記に振込先をご記入ください。

振込先	銀行名		本・支店名		口座の種類	普・当
	口座番号		口座名義			