

事業所担当者()<経由>→健保組合(退職された方は直接健保へ送付)
※担当者を記入してください

あんま・マッサージ
年 月 分

被保険者
家 族

療養費請求書

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者 の氏名			
	③事業所の名称					
	④被扶養者に関 する申請の場合	氏名	生年月日	年 月 日	才	続 柄 (長男・長 女等)
	⑤発病または 負傷年月日	年 月 日	⑥傷病名			
	⑦発病または 負傷の原因					
	⑧第三者行為に よるものですか	はい いいえ	⑨業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい いいえ		
	⑩傷病の経過					
	⑪ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別 普通 当座	口座番号	名義(カタカナで記入)

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

()

電話番号

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
		年 月 日	自: 年 月 日	至: 年 月 日	日	新規・継続	
		傷病名					転帰 継続・治癒・中止
		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×	回=	円		
		温電法	円×	回=	円		
温電法・電気光線器具	円×	回=	円				
往療料 2kmまで	円×	回=	円				
加算(km)	円×	回=	円				
上記費用合計額					円		
施術日: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。 年 月 日						
	住所 〒						
	氏名 電話番号 () 印						
同 意 記 録	同意医師の 氏名	医療機関名	住 所		同意年月日		
					同意・ 再同意 年 月 日		
	傷 病 名		要加療期間 年 月 日～ 年 月 日				

◎請求書は暦月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。領収証(原本)及び初療(初診)の場合は「医師の同意書」(原本)を添付してください。

◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。

※役所への申請等で領収証の原本が必要な場合は、その旨お申し出ください。原本証明を返却します。

※関係書類の確認のため、療養費の振込は受療月の3ヶ月後以降になりますのでご了承願います。