

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)

□被保険者  
☑家族 療養費請求書

あんま・マッサージ  
H25年9月分

◎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)と初療(初診)の場合は「医師の同意書」を添付して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者 の氏名	健保 太郎		
	③事業所の名称	ヤンマー株式会社				
	④被扶養者に関 する申請の場合	氏名 健保 花子	生年月日 S H 35年 2月 2日	被保険者 との続柄	妻	
	⑤発病または 負傷年月日	H25年 3月 1日		⑥傷病名	脳出血後遺症、四肢麻痺	
	⑦発病または 負傷の原因	脳出血で片麻痺となり、医師が治療上必要と認め、マッサージの施術を指示された				
	⑧第三者行為に よるものですか	はい <b>いいえ</b>	⑨業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい <b>いいえ</b>		
	⑩傷病の経過	良好				
	⑪ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名 △銀行	支店名 ××支店	種別 <b>普通</b> 当座	口座番号 0123456	名義(カタカナで記入) ケンホ タロウ

上記のとおり請求します。

平成25年 10月 1日

被保険者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 太郎



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	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			回=	円	
	往療料 2kmまで			回=	円	
	加算( km)			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				
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	( )					
同意医師の氏名	住所	同意年月日				
		年 月 日				
傷病名	要加療期間					

※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下さい。