

|       |                                                                                                                     |                         |                                                  |                                      |                      |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 被保険者欄 | 被保険者の                                                                                                               | 記号<br>9999              | 番号<br>9999                                       | 氏名<br>健保 太郎                          | 生年月日<br>昭・平 〇年 〇月 〇日 |
|       | 事業所の名称                                                                                                              | 〇〇〇〇セメント株式会社 〇〇-〇〇-〇〇〇〇 |                                                  |                                      | 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)   |
|       | 療養を受けた者の氏名<br>(生年月日)                                                                                                | (フリガナ) ケンボ タロウ          | 続柄<br>本人                                         | 〇施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載) |                      |
|       |                                                                                                                     | 健保 太郎 (男・女)             | 〇発症又は負傷の原因及びその経過<br>(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)   |                                      |                      |
|       |                                                                                                                     | (昭・平 〇年 〇月 〇日)          | 〇業務上・外、第三者行為の有無<br>1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ( ) |                                      |                      |
| 申請欄   | 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。<br>〇年 〇月 〇日 申請者 住所 東京都〇〇〇〇〇〇<br>(被保険者)<br>セメント商工健康保険組合理事長 殿<br>氏名 健保 太郎 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  |                         |                                                  |                                      |                      |
| ※     | 受領について (どちらかに✓) <input checked="" type="checkbox"/> 事業所への委任払いを希望 (委任状欄へ) <input type="checkbox"/> 個人口座への振込を希望 (振込先) |                         |                                                  |                                      |                      |
| 委任状   | 私は下記の受領責任者を代理人と定め、 〇年 〇月 〇日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。<br>〇年 〇月 〇日                                                    |                         |                                                  |                                      |                      |
|       | 被保険者の 住所 東京都〇〇〇〇〇〇<br>氏名 健保 太郎<br>代理人の (受領責任者) 住所 東京都渋谷区〇〇〇〇〇〇<br>氏名 〇〇〇〇セメント株式会社 山田 一郎                             |                         |                                                  |                                      |                      |
| 振込先   | 銀行 支店 普通 口座番号 (フリガナ) 名義人                                                                                            |                         |                                                  |                                      |                      |

※ 1ヶ月ごとに記入してください  
※ 添付書類: ①領収書原本 ②6ヶ月ごとに医師の同意書の原本 (変形徒手矯正術については毎月添付)  
③施術報告書の写し (施術報告書交付料の申請がある場合のみ)

|                                                                                    |                                  |                                                                                     |          |          |                         |          |          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------------|----------|----------|-----|
| 施術内容証明欄                                                                            | 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                   |          |          |     |
|                                                                                    | 傷病名及び症状                          |                                                                                     |          |          | 転 帰                     |          |          |     |
|                                                                                    |                                  |                                                                                     |          |          | 継続・治癒・中止・転医             |          |          |     |
|                                                                                    | マッサージ (施術料)                      | 同意部位<br>施術回数                                                                        | 躯幹<br>回  | 右上肢<br>回 | 左上肢<br>回                | 右下肢<br>回 | 左下肢<br>回 | 摘 要 |
|                                                                                    | 通所                               | 円×                                                                                  |          | 回=       |                         |          | 円        |     |
|                                                                                    | 訪問施術料1                           | 円×                                                                                  |          | 回=       |                         |          | 円        |     |
|                                                                                    | 訪問施術料2                           | 円×                                                                                  |          | 回=       |                         |          | 円        |     |
|                                                                                    | 訪問施術料3 (3人~9人)                   | 円×                                                                                  |          | 回=       |                         |          | 円        |     |
|                                                                                    | 訪問施術料3 (10人以上)                   | 円×                                                                                  |          | 回=       |                         |          | 円        |     |
| 温 電 法                                                                              | 円×                               |                                                                                     | 回=       |          |                         | 円        |          |     |
| 温電法・電気光線器具                                                                         | 円×                               |                                                                                     | 回=       |          |                         | 円        |          |     |
| 変形徒手矯正術<br>※温電法との併施は不可                                                             | 同意部位<br>施術回数                     | 右上肢<br>回                                                                            | 左上肢<br>回 | 右下肢<br>回 | 左下肢<br>回                |          |          |     |
| 円×                                                                                 |                                  | 回=                                                                                  |          |          |                         | 円        |          |     |
| 特別地域等<br>往 療                                                                       | 円×                               |                                                                                     | 回=       |          |                         | 円        |          |     |
| 証 明                                                                                | 施術報告書交付料<br>(前回支給: 年 月分)         | 円×                                                                                  |          | 回=       |                         | 円        |          |     |
| 合 計                                                                                | 円                                |                                                                                     |          |          |                         |          |          |     |
| 欄                                                                                  | 施術日 訪問1①<br>通所〇 訪問2②<br>往療◎ 訪問3③ | 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 |          | 月        |                         |          |          |     |
| 〇往療または訪問の理由 ( 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ) ) |                                  |                                                                                     |          |          |                         |          |          |     |
| 上記のとおり施術を行いその費用を領収しました。                                                            |                                  |                                                                                     |          | 保健所登録区分  | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 |          |          |     |
| 年 月 日                                                                              |                                  |                                                                                     |          | 住 所      |                         |          |          |     |
| 免許登録番号 ( ) あん摩マッサージ                                                                |                                  |                                                                                     |          |          |                         |          |          |     |
| 免許登録番号 ( ) 指圧師                                                                     |                                  |                                                                                     |          | 氏 名 ⑩ 〇  |                         |          |          |     |
| 同意記録                                                                               | 同意医師の氏名                          | 住所                                                                                  | 同意年月日    | 傷病名      | 要加療期間                   |          |          |     |

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。