

使用保 資格	得 S・H・R 年 喪 S・H・R 年	<b>《 記 入 例 》</b>	70歳～ 74歳	自己負担割合 3割 2割 1割		
-----------	------------------------	------------------	-------------	--------------------	--	--

ソニー健康保険組合理事長殿

健康保

**チェック必須**

## 療養費支給申請書 (令和 5 年 7 月分)

あん摩・マッサージ用

<b>◆申請者確認欄 (チェック必須)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。			
		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。			
①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名 (自署) <b>健保 太郎</b>			
③被保険者の住所 ●支給決定通知書等の書類送付先 となります	〒 <b>999 - 9999</b> <b>〇〇県△△市××99-99</b>				
④日中連絡の取れる電話番号 ●お問い合わせの際に使用します。複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : <b>099-1234-5678</b>				
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : <b>99-9999-9999</b>				
	メールアドレス : <b>〇〇〇x x x@sony.com</b>				
⑤被保険者の本籍会社名 ●任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	●出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) <b>〇〇××株式会社</b>				
⑥ 施術を受けた人	(a) 氏名 <b>健保 花子</b>	(b) 生年月日 <b>昭・平・令 40 年 1 月 1 日</b>	(c) 被保険者との続柄 <b>妻</b>		
	⑦ 傷病名 <b>脳梗塞 右片麻痺</b>	⑧ 発病又は 負傷の年月日 平成 <b>令和 5 年 1 月 頃</b> 日 (負傷の場合は 時頃)			
⑨ 発病又は傷病の原因 <b>高血圧症</b>	⑩ 経過および現在の 症状(詳しく) <b>脳梗塞により右半身が動かなくなった。月3 回施術をすることで、動かなくなった関節 などが動きやすくなる。</b>				
⑪ 業務上によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑫ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
⑬ 施術を受けた部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input checked="" type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰 <input checked="" type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> その他( )				
⑭ 同意記録	同意医師の氏名 <b>曾仁 一郎</b>	住所 <b>〇〇県◇◇市××11-11</b>	同意年月日 <b>令和 5 年 7 月 1 日</b>	傷病名 <b>右片麻痺</b>	要加療期間
	<b>同 意 書</b>				
ソニー健康保険組合 理事長 殿					
このたび申請した療養費支給申請書(あんま・マッサージ)について、同意書の交付を受けた保険医(医療機関)に対して、療養の給付記録・診察記録等、保険給付の支給可否決定に必要な事項の照会を行うこと、また保険医(医療機関)が上記照会の回答をすることに同意します。また、上記照会を行うにあたり、ソニー健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承します。なお、本書の写しも有効と致します。					
被保険者証の記号 <b>999</b>		被保険者証の番号 <b>999999</b>		令和 <b>5</b> 年 <b>8</b> 月 <b>1</b> 日	
被保険者住所 <b>〇〇県△△市××99-99</b>					
被保険者氏名 <b>健保 太郎</b>		施術を受けた方の氏名 <b>健保 花子</b>			

退職者・ 退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入				
	退職している 退職の予定	<b>在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座の記入は不要</b>			退職被保険者
	⑮ 振込先口座 ●どちらか一方を 記入	郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)	口座名義人
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					

2ページ目は施術者(施術院)の方が記入してください。

受 付 印

《 次 ページ ハ 続 く 》

# あん摩・マッサージ施術内容証明

※施術者(施術院)が記入するところ

被保険者証の記号・番号		施術を受けた人の氏名		生年月日	
記号 999	番号 999999	健保 花子		昭・平・令 40年 1月 1日	
初療年月日		施術期間		実日数	請求区分
平成 5年 7月 1日		自・令和 5年 7月 1日 ~ 至・令和 5年 7月 24日		3日	新規・継続
傷病名又は症状		脳梗塞による右片麻痺			転帰
					継続・治癒・中止・転医
マッサージ		躯幹 円× 回= 円 右上肢 350円× 3回= 1,050円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 350円× 3回= 1,050円	摘要		
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; background-color: yellow;"> <b>あん摩・マッサージ師に記入をしてもらう</b> </div>					
変形徒手矯正術(加算)		右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 往療の施術を受けた場合は、「往療状況確認書(原本)」の添付が必要             </div>		
往療料		4kmまで	円× 回= 円		
往療料		4km超	円× 回= 円		
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円× 回= 円		
費用額計				円	
施術日 7月 ① 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12				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。 令和 5年 7月 31日 免許登録番号 654321		保健所登録区分 ① 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 所在地 OO県△△市1234-5 施術所名 ◇◇◇治療院 施術者名 按摩 太郎 電話 000-000-0000		施術証明欄	

## 1. 注意事項

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・訂正する場合は、二重線で抹消し訂正のうえサインして下さい。
- ・施術後すみやかにご申請下さい。
- ・提出された申請書及び添付書類については、返却致しません。(不備書類の場合は除く)

## 2. 添付書類について

添付書類	注意事項
必須 ① 領収書(原本)	・全額自己負担額、患者氏名、施術日、但し書き(例: あんまマッサージ代として、など)の記載があること。 ・施術を受けるごとに発行される領収書を全て添付ください。
該当する場合に必要 ② 医師の同意書(原本)	・初療および6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、医師の同意(再同意)が必要です。 ※必ず保険医の診察の上、交付を受けて下さい。 ・同意期間内において2回目以降の請求については、医師の同意書の添付は省略し「同意記録」欄に当該同意書の内容を記入、または医師の同意書(コピー)の添付をしてください。 ・変形徒手矯正術は、毎月、医師の同意が必要です。
③ 施術報告書(コピー)	再同意の際(②の交付を受けるにあたって)、交付料が算定された場合に添付してください。
④ 往療状況確認書(原本)	往療の施術を受けた場合に、添付してください。
⑤ 1年以上・月16回以上 施術継続理由・状態記入書(原本)	初療日から1年以上経過していて、かつ、月に16回以上の施術の場合、添付してください。