

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

（ 年 月分 ・ 第 回目）

オリックスグループ健康保険組合理事長 殿

※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号番号	記号 番号	事業所の名称														
	被保険者氏名	被保険者の住所		〒 ー													
	療養を受けた者の氏名	続柄	生年月日 (和暦)	年 月 日生													
	傷病名	発病	年 月 日														
	発病又は負傷原因 及びその経過				業務上・業務外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 3.その他												
	施術を受けた 施術所の	名称 施術者	住所														
	振込希望 銀行口座 ※被保険者名義	(フリガナ) 銀行	種類	普通・当座	名義人 氏名	(フリガナ)											
	(フリガナ) 支店	店No.		口座No.													
あんま・マッサージ、指圧師 記入欄	初療年月日	平成・令和	年	月	日	実日数	日										
	施術期間	令和	年	月	日	請求区分	新規 継続										
	傷病名又は症状					転帰	継続・治療・中止・転移										
	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 ×	肢 ×	回 =	円												
	温 罨 法	円 ×	回 =	円													
温罨法・電気光線器	円 ×	回 =	円														
往 診 科	4km まで	円 ×	回 =	円													
	4km 超	円 ×	回 =	円													
上記の費用の合計金額					円												
施術日	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	上記の通り施術を行いました。 令和 年 月 日 あんま・マッサージ指圧師 住 所 氏 名(自署)																
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所		同意年月日		【同意書の有効期限】											
				令和 年 月 日		1~15日までの同意日→当該月の5ヶ月後の末日											
	傷 病 名	要 加 療 期 間				16~31日までの同意日→当該月の6ヶ月後の末日											
本人同意欄	私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類について オリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。 オリックスグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署)																

《添付書類》 領収書原本、医師の同意書（初回、再同意時は原本／それ以外はコピー） ※毎回有効期限内の同意書を添付

* 当健康保険組合では、あんま・マッサージ指圧師等への受領委任払いを行っていません。

【健康保険組合使用欄】

【受付印】

常務理事	事務長	担 当 者	担 当 者

【領収書貼付台紙】

※申請に係る**全て**の領収書をこちらの台紙に月毎/日付順に貼付してご提出下さい。
(裏面にも貼付可・1枚で収まらない場合は別紙を使用し、糊付けして下さい。)

健康保険証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		

< 健康保険組合処理欄 >

< 受付印 >

常務理事	事務長	担当	

(別紙)