

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)

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	被 保 険 者 氏 名																	
	事 業 所 名 称				事 業 所 の 所 在 地	〒															
	被 扶 養 者 の 場 合 は その 氏 名	氏 名				生 年 月 日	年			月			日			被 保 険 者 と の 続 柄					
	傷 病 名				発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	年			月			日									
	発 病 また は 負 傷 の 原 因				傷 病 の 経 過 を 詳 しく 記 入																
	施 術 を 受 け た 施 療 院 につ いて	名 称				所 在 地	〒														
	施 術 日 通 院 日 往 療 日	対 象 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か 又 は 業 務 上 の 負 傷 で す か				はい ・ いいえ				← 「はい」 の 場 合 は コクヨ 健 康 保 険 組 合 ま で ご 申 絡 下 さ い												
	療 養 に 要 し た 費 用 額	金	円 也			← 施 術 日 ご と の 領 収 書 原 本 を 必 ず 添 付 し て 下 さ い															
私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記のとおり申請します。																					
年 月 日																					
〒																					
被 保 険 者 住 所																					
氏 名																					
コクヨ健康保険組合理事長 殿																					
施 術 師 が 記 入 す る と こ ろ	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数	請 求 区 分											
	年 月 日				自 至				年 月 日	年 月 日	日	新規・継続									
	傷 病 名 また は 症 状									転 帰											
										継続・治癒・中止・転医											
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円 ×	回 =	円			備考												
			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 具		円 ×	回 =	円																	
往 療 料 4 km ま で		円 ×	回 =	円																	
往 療 料 4 km 超		円 ×	回 =	円																	
費 用 額 計									円												
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																					
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										
				年 月 日																	

添付書類 ① 施術日ごとの領収書原本

② 医師の同意書 (6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合、再度保険医に診察を受け、同意書の交付を受ける必要があります)