

支給支払決議書	同年月日	年	月	日			
	決裁年月日	年	月	日			
	支払年月日	年	月	日			
	支給額						

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	
資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日

**療養費・第二家族療養費 請求書 (あんま・マッサージ用)**

ニューオータニ健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		—	事業所名称																													
	被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の	個人番号 (マイナンバー)																															
		氏名				◎	生年月日	昭和・平成	年	月	日																						
		住所	〒									TEL	—	—																			
	受 療 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 の	個人番号 (マイナンバー)																															
		氏名				生年 月日	昭和・平成	年	月	日	続 柄																						
	傷病名					発病又は負傷の年月日	年	月	日																								
	傷病の原因 及びその経過																																
	施術の期間	自	年	月	日	日数	施術に要した費用		円																								
		至	年	月	日	日																											
業務上、または通勤途上での傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					第三者行為 (交通事故・暴行など) によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																												
振込銀行	銀行		支店	普・当	NO.	名義(かた)																											
施 術 者 ( あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 ) 記 入 欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分	転帰																									
	年 月 日		年 月 日～ 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																									
	傷病名及び症状詳細																																
	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・電気光線器具		円 ×	回 =	円																													
往 療 料	2kmまで		円 ×	回 =	円																												
	加算 ( km)		円 ×	回 =	円																												
合 計											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ました。 住所(所在地) 年 月 日 施術所名 あんまマッサージ指圧師 氏 名 ◎ TEL ( ) —																																	
同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所			同意年月日		傷病名	要加療期間	記入者氏名																							

【 添付書類 (原本を添付) 】

- 領収書 ●医師の同意書 (初療と変形徒手矯正術は同意書必須、再同意は被保険者又は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可)

\* 同意書の有効期限：要加療期間又は初療日/再同意日から最長3ヶ月

