

日立健康保険組合 御中

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費請求書(あんま・マッサージ用)【令和 年 月分】

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	備考		
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名 (フリガナ)	
	事業所 (会社)名称			従業員番号	
				所属・電話	(TEL :)
	対象者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名	発病年月日	平成・令和 年 月 日 (頃)		
	発病の原因 及び経過				
	施術の期間 (支給期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	(日間)	
	施術に要した 費用	円	第三者行為 対象の有無	有 ・ 無	
(任意) 医師に照会が 必要な場合の 事前同意	私は、療養費(あんま・マッサージ)の請求にあたって、日立健康保険組合が医師に内容確認・調査することに同意します 被保険者氏名 : _____				
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 : _____				

給付金の振込みについて
【従業員】 事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください
 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます
【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます

事業所コード	
事業所担当者	年 月 日 氏名

- 【添付書類】提出される前に再度ご確認ください
- ① 施術所から提供された「療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)」
 - ② 受診者名が明記された「領収書(原本)」
 - ・領収書貼付台紙(K-010)に貼ってください
 - ・領収書の返却を希望する方は、別紙メモ等に「領収書返却希望」と記載し、添付してください
 - ③ 医師の同意書(あんま・マッサージ用)(原本)(K-005)
 - ・初回及び6カ月に1度、医師の診察と同意書が必要です
 - ※医療機関等から提供された様式でも申請可能です
 - ④ 施術報告書 ※再同意をした方のみ
 - ・施術所から提供があった場合は、添付してください

受付日付印

インプット

支給決定伺

支給決定額 <input type="checkbox"/> 高齢2 <input type="checkbox"/> 未就学	法定	円	常務理事	事務長	主任	担当
	付加	円				
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日			
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日			