

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

受付年月日	決定年月

**療 費 請 求 書(あんま・マッサージ用)**

療 養 費  
 第二家族療養費

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所担当者	氏名	電話

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	被保険者氏名																				
	受療者氏名(生年月日)	( 年 月 日生)										施術の期間	自	至	年	年	月	月	日	日	日間	
	傷病名											施術に要した費用	円									
	傷病の原因及びその経過																					
	第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出								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						
	上記のとおり請求し、ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。												<p>◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。</p> <p>※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)</p>									
<p>パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 ( 千 一 )</p> <p>住 所</p> <p>被保険者氏名(請求者氏名) ㊟</p> <p>電 話 ( )</p>																						
												(フリガナ)		(フリガナ)								
												(金融機関コード)		(店番コード)								
												<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所								
												普通口座番号		フリガナ名義								
												※請求者名義の口座に限る										

施 術 者 内 容 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、その費用を領収しました。																																	
住所(所在地)										施 術 所 名																							
平成 年 月 日										あんまマッサージ指圧師 氏 名 ㊟ 電話 ( ) -																							

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

この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

平成 年 月 日 事業所所在地

受 任 者 事業所名称

会社立替のときは「1」を記入→ 事業主氏名 ㊟

SEQ	本人・家族	支給期間	実日数	元 金 額	支給決定金額
	本・家	年 月	日	千 円	千 円
備考欄					

<添付書類(原本を添付)>

・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。ただし同意書添付から1年を超える場合は、新たに同意書の交付を受け添付をお願いします。)

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。

## 同 意 書 (あんまマッサージ療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	年 月 日	
初診年月日	年 月 日	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他( )	
施術の種類	1. マッサージ      2. 変形徒手矯正術	
施術部位	1. 躯幹    2. 右上肢    3. 左上肢    4. 右下肢    5. 左下肢	
往 療	1. 必要 (理由: )      2. 不要	
備 考 (加療期間等)		

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のあんまマッサージが必要と認め、あんまマッサージの施術に同意する。

年 月 日

所 在 地

保 険 医 療 機 関

保 険 医 氏 名

⑩

電 話 番 号

医 療 機 関 コー ド