

* 下記の注意事項をご確認のうえ申請してください。※各月ごと、各施術所ごとにつき、この申請書が必要です。

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証 記号 - 番号 205 - 1511		②被保険者氏名 積水 明夫		③事業所名称 〇〇〇株式会社		
	④療養を受けた方の氏名	氏名	(フリガナ) セキスイ アキオ		⑤続柄 男 本人	⑥傷病名 脳内出血後遺症、四肢麻痺	
		氏名	積水 明夫		⑦発病又は負傷年月日 昭和 平成 令和 25年 1月 20日	任意継続・特例退職制度に加入の方はその制度名を記入してください。	
	⑧傷病の原因 自宅で脳内出血を発症し、片麻痺となった	⑨業務上・通勤途上・外、第三者行為の有無 1. 業務上・通勤途上 2. 第三者行為である 3. なし		⑩傷病の経過 かかりつけの医師に医療上必要のため指示を受け、施術治療中			
	⑪他の医療機関等での治療の有無 1. あり(受診時期: ○年 ○月 ○日頃 医療機関名: 〇〇医院) 2. なし		⑫下記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 またセキスイ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、及び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。 令和 ○年 ○月 ○日				
	セキスイ健康保険組合理事長殿 申請者 (被保険者) 署名 積水 明夫 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇						
	備考欄に「マイナンバー」を記載した場合は、個人番号を確認し、被保険者ご自身で自署してください。						
	施 術 者 （ あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 ） 記 入 欄 （ 保 険 適 用 分 の み 記 入 ）	初療年月日 平・令 年 月 日		施術期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		実日数 日	
		傷病名又は症状 マッサージ		請求区分 新規・継続		転帰 継続・治癒・中止・転医	
		変形徒手矯正術		円× 肢×		円	
		温電法		円×		円	
		温電法		円×		円	
往療料		円×		円			
施術報告書		円×		円			
費用額計		円		円			
施術日 通院○ 往療◎		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。 令和 年 月 日		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地			
登録記号番号(又は申し出た施術者登録番号)		所在地 (住所) 名称 電話 氏名		所在地 (住所) 名称 電話 氏名			
同意医師の氏名		同意年月日 平・令 年 月 日		傷病名			
				要加療期間			

施術者によって証明された内容が実際の施術内容と間違いがないか確認のうえ申請をしてください。

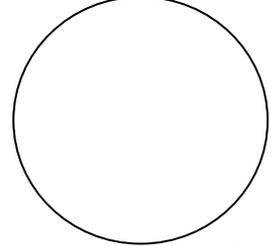
業務上・通勤途上による傷病での申請は不可

(第三者行為による傷病の例) 交通事故、暴力を受けた、他人の打ったボールが当たった など → 負傷原因届を添付

※月毎の最終施術日に 施術者へ証明を依頼してください。

添付書類を確認してください。

受付年月日



- 注意 事項
- 〔添付書類(原本を添付)〕
 - 1. 医師の同意書(必ず保険医の診察のうえ交付を受けてください)
 - a. 初療と変形徒手矯正術は同意書(原本)を必ず添付してください。
 - b. 6ヶ月を超えて引き続き受療する場合は必ず再度、保険医の診察のうえ同意書の交付を受けて原本を添付してください。
 - c. 上記a. b. 以外のときは、同意書の写しを添付してください。
 - 2. 領収証(療養を受けた方の氏名とその施術費用であると記されているもの。貼付用台紙をお使いください)
 - 3. 負傷による傷病についての申請の場合は、負傷原因届を添付してください。
 - 4. 初療の日から1年以上経過し、施術回数が16回以上/月の場合は「施術継続理由・状態記入書」の添付が必要です。
 - 5. 施術報告書交付料を申請する場合は、その報告書の(写)を添付してください。
 - 6. 必要と判断した場合は、その他に書類の提出を求めることがあります。