常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk		

療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ用) Application Form for Medical Care Expenses (for_ / __(YYYY / MM)) (for Massage, or Shiatsu)

		被保険者記入欄	Fields to be e	ntered by the ir	nsured person				
被保険者等の	記号 Symbol		番号 Number		生年月日 Birth Date		年	月	日
Information about Insured person, etc.		合は、番号欄に社員番号をご記入く			Dirtii Date		/	/ (YYY	Y / MM / DD)
·	*If the symbol/number is	the symbol/number is unknown, please enter your employee number in the number field.							1 / 141141 / 100,
被保険者氏名 Name of Insured Person					事業所名和 Business Entity Na				
被保険者住所 Address with Zip Code of Insured Person	(〒 −)							
施術した場所 Location of Treatment	(〒 -) * 入居施設や住所地特例等、上に記載の住所地と異なる場合に記載 *Fill in if different from the address listed above, such as for residential facilities or domicile exceptions, etc.						,,		
施術が被扶養者に 関するときは、その方の Information about dependen if this is about him/her				生年月日 Birth Date	年 / /	月 (YYYY / MM	日 R	波保険者と Relationship wi	の続柄 th Insured Person
与 产力					発症・負傷			· -	
傷病名 Name of Illness or Inju	ırv				年 月 日		1	年 月	1 1
	·				Date of Illness or In	iury	/_	_ / _ (YYY	Y / MM / DD)
傷病の原因及び経過 Causes and History of Illness or	Injury	- * 0 (- * la 7 0 ma	- .	this v	علاد 757 ر	1710-1	- 1.		141. 1/
	弟 <i>二</i>	E者の行為によるものです Caused by a Third-part		はい Yes いいえ No		よるものです lused by worl			はい Yes いいえ No
	<u> </u>	同意	記録 Co	onsent Record	d				
同意医師の氏名		住所 Address		同意年月日 Da	te of Consent	傷病名		要加療	期間
Name of Consenting Doctor				年 /_/	月 日 (_(YYYY/MM/DD)	Name of Illness	or Injury	Required M Period	Medical Treatment
給付金支払先 Benefit payment account									
給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。									
In general, benefits will be paid to the salary transfer account.									
尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。									
		the salary transfer acco							
	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。								
I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc.									
	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal,								
et									
(〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー								
	Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account older name.								
No.	注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.								

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望される場合は健康保険組合へご相談ください。

^{*} If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.

あんま・マッサージ師記入欄 Massage Therapist Field								
施 術 内 容 欄 Treatment Details Field								
12.77.			施術期間 Treatment Period				実日数 Number of Actual Days	請求区分 Claim Category
	年 月 日 自 : 年 _/_(YYYY/MM/DD) From://_(\)	月 E					日 Day(s)	新規 継続 New / Continuing
傷病名及び	(症状					•		転帰 Outcome
Name of Ill	Iness							継続・治癒・中止・転医 Continuing/Cured/ Discontinued/Transferred
	マッサージ(施術料)	同意部位 Agreed-upon Treatment Areas	躯幹 Trunk	右上肢 Upper Right Limb	左上肢 Upper Left Limb	右下肢 Lower Right Limb	左下肢 : Lower Left Limb	摘 要 Remarks
	Massage (Treatment Fee)	施術回数 Number of Treatments	回 time(s)	time(s)	time(s)		(s) time(s)	
	通所 Outpatient				円× Yen x	ロ= time(s) =	円 Yen	
	訪問施術料 1 Home Visit Treatment Fee 1				円× Yen x	e= time(s) =	円 Yen	
	訪問施術料 2 Home Visit Treatment Fee 2				円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	
施術料	訪問施術料 3(3人~9人) Home Visit Treatment Fee 3 (3-9 people)				円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	
Treatment Fee silbert in the silber					円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	
, 55	温罨法(加算) Hot Compress Method (Add. Fee)				円× Yen x	<pre>= time(s) =</pre>	円 Yen	
温· Hot 変 ※ ※ Man	温罨法·電気光線器具(加算) Hot Compress Method/Electric Light Therapy Device (Add. Fee)				円× Yen x	<pre>= time(s) =</pre>	円 Yen	
	変形徒手矯正術(加算)	同意部位 Agreed-upon Treatment Areas	右上肢 Upper Right Lin	左上原 nb Upper Lef		右下肢 Right Limb	左下肢 Lower Left Limb	
	※温罨法との併施は不可 Manual Deformity Correction Technique (Add. Fee) *Cannot be combined with hot compress method	施術回数 Number of Treatments	tim	回 e(s)	回 time(s)	time(s)	回 time(s)	
					円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	
	特別地域(加算) Special Region (Add. Fee)				円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	
往療料 Trav	vel Fee				円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	
	t料(前回支給: 年 月分) nt Issuance Fee (Last payment: For / _ (YYYY / MM))				円× Yen x	回= time(s) =	円 Yen	ī.
費	用 額 計 Total Cost						円 Yen	
施術日 Treatment Date	通所〇 訪問1① Outpatient〇 Home Visit 1① 往療⑤ 訪問2② Travel ⑥ Home Visit 2② 訪問3③ Home Visit 3③	月 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
	往療又は訪問の理由 Reason for Travel or Home Visit							
1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 () 1. Difficulty going out using public transportation independently 2. Difficulty going out independently due to dementia or visual/internal/mental disabilities 3. Other ()								
施 術 証 明 欄 Treatment Certification Field								
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 I hereby certify that I have provided the above treatment and received payment for the costs. Action							
年	月 日/_/_(YYYY/MM/DD)	あん摩マッヤ ジ指圧師	• Addre	ss				
免許登録番		Massage Therapis					電話 Phone Nu	ımhar