

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

療養費支給申請書 (2024年 10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 entered by the insured person				
被保険者等の Information about Insured person, etc.	記号 Symbol 1234 ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the symbol/number is unknown, please enter your employee number in the number field.	番号 Number 12345678	生年月日 Birth Date 1975 年 06 月 01 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	
被保険者氏名 Name of Insured Person	John Smith		事業所名称 Business Entity Name	*****CO., LTD.
被保険者住所 Address with Zip Code of Insured Person	(〒 -) Please fill in your current address			
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 dependent if this is about him/her	氏名 Name Michael Smith	生年月日 Birth Date 1960 年 05 月 01 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	被保険者との続柄 Relationship with Insured Person Father	
傷病名 Name of Illness or Injury	Aftereffects of stroke		発症・負傷 年 月 日 2020 年 01 月 26 日 Date of Illness or Injury _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	
傷病の原因及び経過 Causes and History of Illness or Injury	Unknown			
	第三者の行為によるものですか → Caused by a Third-party ?		業務によるものですか → Caused by work ?	
		はい Yes いいえ No	はい Yes いいえ No	
同意記録 Consent Record				
同意医師の氏名 Name of Consenting Doctor Akasaka Ichiro	住所 Address ***-** OO, OO Prefecture	同意年月日 Date of Consent 20* 年 * 月 * 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	傷病名 Name of Illness or Injury Aftereffects of stroke	要加療期間 Required Medical Treatment Period 6 months
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。 If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following.				
<div><input type="checkbox"/> 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-receivable account registered on Mynaportal, etc.</div> <div><input type="checkbox"/> 給与振込口座、マイナポータル等 I want benefits to be paid to a salary transfer account, My Number, etc. 〔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 [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 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.</div>				

Only if you want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account, check the appropriate box.

※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.

施 術 内 容 欄 Treatment Details Field

初療年月日 Date of Initial Treatment		施術期間 Treatment Period				実日数 Number of Actual Days		請求区分 Claim Category	
年 月 日 __ / __ / __ (YYYY / MM / DD)		自 : 年 月 日 ~ 至 : 年 月 日 From: __ / __ / __ (YYYY / MM / DD) To: __ / __ / __ (YYYY / MM / DD)				日 Day(s)		新規・継続 New / Continuing	
傷病名及び症状 Name of Illness and Symptoms								転帰 Outcome	
								継続・治癒・中止・転医 Continuing/Cured/Discontinued/Transferred	
施術料 Treatment Fee	通所 Outpatient	同音部位	軀幹	右 upper limb	左上肢	右下肢	左下肢	摘 要 Remarks	
	訪問施術料 1 Home Visit Treatment 1								
	訪問施術料 2 Home Visit Treatment 2								
	訪問施術料 3 Home Visit Treatment 3								
	訪問施術料 3 Home Visit Treatment 3								
温電法(加算) Hot Compress Method (Add. Fee)				円 x 回 = 円 Yen x time(s) = Yen					

Ask the massage therapist from whom you received treatment to fill out

【Documents needed to be attached】

- ☐ The original receipt showing the name of the person who received treatment
- ☐ The original consent form received from the doctor (necessary the first time and each time consent is received)
- ☐ A copy of the treatment report (if one is provided by the practitioner)

往療又は訪問の理由 Reason for Travel or Home Visit		円 x 回 = 円 Yen x time(s) = Yen																															
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) Treatment Report Issuance Fee (Last payment: For __ / __ (YYYY / MM))		円 x 回 = 円 Yen x time(s) = Yen																															
費 用 額 計 Total Cost		円 Yen																															
施術日 Treatment Date	通所○ 訪問1① Outpatient○ Home Visit 1 ① 往療◎ 訪問2② Travel ◎ Home Visit 2 ② 訪問3③ Home Visit 3 ③	月 Month	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

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つての外出困難 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.		保健所登録区分 Health Department Registration Category		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地 1. Treatment Facility Location 2. Mobile Specialized Treatment Facility Location	
年 月 日 __ / __ / __ (YYYY / MM / DD)		あん摩マッサー ジ指圧師 Massage Therapist		住所 Address 氏名 Name 電話 Phone Number	
免許登録番号 License Registration Number					