

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-------------------------|-------|-------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 本人記入欄                                                                                             |                                                                                                                                                                 | 令和 6 年 11 月 1 日                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 被保険者等                                                                                             |                                                                                                                                                                 | 会社名                                                                                                                   |                                                                          | 所属名(店部名)              |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 記号                                                                                                | 1                                                                                                                                                               | 番号                                                                                                                    | 1234567                                                                  | 株式会社イトーヨーカ堂           |             | 〇〇店 ●●部                 |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 被保険者(申請者)の氏名・フリガナ                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          | 被保険者の生年月日             |             | 日中連絡のとれる電話番号            |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (フリガナ) ケンボ ハナコ                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          | (昭和) 平成 令和            |             | 03 ( 6238 ) △△△△        |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (氏名) 健保 花子                                                                                        |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          | 2 年 2 月 2 日           |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 被保険者(申請者)の住所                                                                                      |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 〒 138 - 0072                                                                                      |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             | 東京都千代田区二番町8-8 二番町ガーデン4階 |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 本人記入欄                                                                                             |                                                                                                                                                                 | ※受診者氏名、受診者の生年月日、被保険者との続柄は、被保険者と違う(被扶養者)場合のみ記入。同一の場合は未記入可能。                                                            |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 受診者氏名                                                                                             | (フリガナ) ケンボ ハナコ                                                                                                                                                  | 被保険者の生年月日                                                                                                             |                                                                          |                       |             | 保険者との続柄                 | 母     |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (氏名) 健保 花子                                                                                        |                                                                                                                                                                 | (昭和) 平成 令和                                                                                                            |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 傷病名                                                                                               | 関節リウマチ                                                                                                                                                          | 発病又は負傷年月日                                                                                                             | 昭和 平成 令和                                                                 | 32 年 3 月 2 日          | 6 年 8 月 1 日 | (負傷時間) 10 時頃            |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 発病・負傷の原因およびその経過                                                                                   | リウマチによる関節の拘縮                                                                                                                                                    |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 負傷の原因                                                                                             | (加害者がいる)<br><input type="checkbox"/> はい → 「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ                                                     | (負傷したとき)<br><input type="checkbox"/> 通勤途中だが長時間買物した帰り<br><input type="checkbox"/> 業務中<br><input type="checkbox"/> 通勤途中 | <input checked="" type="checkbox"/> 休日<br><input type="checkbox"/> 私用外出中 |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 委任・照会・振込み口座に関する同意欄                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 私は、療養費(あんま・マッサージ)申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、療養費(あんま・マッサージ)請求に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 他の給付金同様、療養費(あんま・マッサージ)振込口座は給与口座を希望します。 ※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの手続きが簡単です。                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | <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。 注2) 給与口座情報を希望した場合は <input checked="" type="checkbox"/> 不要です。                                              |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 注1) 口座情報の反映には登録が銀行・信組 金庫・農協 (金融機関コード) (店番付) 口座番号 口座名義 フリガナ                                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 給与口座を利用する場合                                                                                       |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術者記入欄                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 初療年月日                                                                                             |                                                                                                                                                                 | 施術期間                                                                                                                  |                                                                          |                       |             | 実日数                     | 請求区分  |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 平成 令和 6 年 10 月 1 日                                                                                |                                                                                                                                                                 | 自: 令和 6 年 10 月 1 日 ~ 至: 令和 6 年 10 月 31 日                                                                              |                                                                          |                       |             | 5 日                     | 新規・継続 |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 傷病名または症状                                                                                          |                                                                                                                                                                 | 関節拘縮                                                                                                                  |                                                                          |                       |             | 転帰                      |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             | 継続・治癒・中止・転医             |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術料                                                                                               | マッサージ(施術料)                                                                                                                                                      | 同意部位                                                                                                                  | (軀幹)                                                                     | (右上肢)                 | (左上肢)       | (右下肢)                   | (左下肢) |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 通所                                                                                                                                                              | 施術回数                                                                                                                  | 回                                                                        | 回                     | 回           | 回                       | 回     |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 訪問施術料 1                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | 円 ×                                                                      | 2 回 =                 | 円           |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 訪問施術料 2                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | 円 ×                                                                      | 回 =                   | 円           |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 訪問施術料 3(3人~9人)                                                                                                                                                  |                                                                                                                       | 円 ×                                                                      | 回 =                   | 円           |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 訪問施術料 3(10人以上)                                                                                                                                                  |                                                                                                                       | 円 ×                                                                      | 回 =                   | 円           |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 温電法(加算)                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | 円 ×                                                                      | 回 =                   | 円           |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 温電法・電気光線器具(加算)                                                                                                                                                  |                                                                                                                       | 円 ×                                                                      | 回 =                   | 円           |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 変形徒手矯正術(加算)※温電法との併施は不可                                                                                                                                          | 同意部位                                                                                                                  | 左下肢                                                                      |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                   | 特別地域(加算)                                                                                                                                                        | 施術回数                                                                                                                  |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療料                                                                                               |                                                                                                                                                                 | 円 ×                                                                                                                   | 1 回 =                                                                    | 円                     |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)                                                                              |                                                                                                                                                                 | 円 ×                                                                                                                   | 回 =                                                                      | 円                     |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 合計                                                                                                |                                                                                                                                                                 | 円                                                                                                                     |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 一部負担金(1割・2割・3割)                                                                                   |                                                                                                                                                                 | 円                                                                                                                     |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 請求額                                                                                               |                                                                                                                                                                 | 円                                                                                                                     |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ○通所○往療①訪問 1②訪問2③訪問3                                                                               |                                                                                                                                                                 | 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                                                                                        |                                                                                                                                                                 | 1. 独歩による公共交通機関を使って外出困難 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( )                                                      |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。                                                                          |                                                                                                                                                                 | 保健所登録区分                                                                                                               |                                                                          | 1. 施術所所在地             |             | 2. 出張専門施術者所在地           |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 令和 6 年 10 月 31 日                                                                                  |                                                                                                                                                                 | (住所) 〒123 - 4567                                                                                                      |                                                                          | (電話) ×× ( ×××× ) ×××× |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ●●●12345                                                                                          |                                                                                                                                                                 | あんま・マッサージ・指圧師                                                                                                         |                                                                          | (氏名) □□ ■■            |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 同意記録                                                                                              | 同意医師の氏名                                                                                                                                                         | 住所                                                                                                                    |                                                                          | 同意年月日                 |             | 傷病名                     |       | 要加療期間 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ▲▲ ◆◆                                                                                             | 名称                                                                                                                                                              | ●●●整形外科                                                                                                               |                                                                          | 令和 6 年 9 月 20 日       |             | 関節リウマチ                  |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 所在地                                                                                               |                                                                                                                                                                 | 千代田三番町〇-〇                                                                                                             |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 申請書に保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。 |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ①身元確認用...マイナバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し                                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ②個人番号確認用...マイナバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し                                                          |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                          |                       |             |                         |       |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |