

初回添付書類 (はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧 用)

皆様の保険料を財源として支給する療養費については、保険者として適切な審査を必要とします。
恐れ入りますが、下記の質問について他者に相談せず、ありのままご本人にご回答いただきますようご協力お願い致します。

なお、事実と相違する内容をご記入になることや、添付がいただけない場合は健康保険法により支給できないこと
もございますので、くれぐれもご注意ください。

記

該当するものに○印、()内はご記入願います。

1. 鍼灸(マッサージ)の施術をすることになった経緯について教えてください。

a. ご自身が鍼灸(マッサージ)の施術を受けなくなった

(どのように調べましたか:)

b. 鍼灸(あん摩マッサージ)師に教えてもらった

(どちらの鍼灸(あん摩マッサージ)師ですか:)

c. 医療機関にて治療を勧められた

(どちらの医療機関ですか:)

2. 鍼灸(マッサージ)の施術はいつから受けていますか。

(年 月 日頃)

3. ○○病院(診療所)を受診した理由

a. 以前から通っていた医院だったので

b. 鍼灸(マッサージ)の同意を受けるために行った

(どなたに指示されましたか:)

c. その他

()

4. 鍼灸(マッサージ)で施術を受けている部位や症状について、医療機関で治療を受けた経過がありますか。

a. 治療を受けたことがある

(いつごろから いつごろまで)

どこの部位についてどのような治療を受けましたか

[]

b. 受けたことがない

医療機関で治療を受けたことがない理由があれば教えて下さい。

[]

5. 鍼灸(マッサージ)施術はどこで受けていますか。

a. 自宅

b. 施術所

c. その他()

6. 5. で「a. 自宅」と回答した方のみご回答ください。

なぜ自宅まで来てもらっているのですか。

()

介護保険証、障害者手帳をお持ちの方は、全ページをコピーして添付して下さい。

7. 現在のお身体の状況について具体的に教えて下さい。

()

8. 施術を受けた日を書いてください。また、費用は毎回いくらお支払いですか。

()

以上

ご協力ありがとうございました。

勝又健康保険組合 殿

記入した日： 年 月 日

受診者氏名(自署.....)④

家族代理人(.....)

本人が記入できない理由

()