

訪問医療マッサージ「療養費」確認書

令和 年 月 日

利用者名 _____ 印

T・S・H・R

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

〒

住所 _____

電話番号 () - _____

申請者名 _____ (続柄 _____)

医師より同意書を交付して頂きましたので、下記事項を選択・承認の上利用申込と致します。

「療養費の支給」申請の無料代行を希望し、療養費の受領をもみのきに委任します。

民法643条 委任に基づく代理受領を行います。ただし、治療代金は当事者間の合意により自己負担金以外を代替請求とさせていただきます、保険者への事務手続きの連絡対応は「もみのき」事務局で行います。

※月初訪問時に前月分療養費支給申請書をご確認の上、捺印していただきます。

※療養費支給申請書についてはご希望により随時開示致します。

「療養費の支給」代行を希望しません。

健康保険法第87条に基づいて、医師より同意書を交付して頂いた後、弊社に治療費を全額支払って頂きます。その後、ご本人またはご家族の方が保険者に赴き、指定された書式にて診療報酬の作成、請求を行って頂くことで数カ月後、個人負担以外の金額が還付されます。同意医師への3カ月経過報告もご本人またはご家族で行って頂くこととなります。
(医療費の支給基準及び厚生省保険局長通達に準じて)

※治療料金支払は月末請求の翌月10日支払とさせていただきます。

※請求書及び振込口座名等については後日お渡しいたします。

もみのき