

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)					
					年 月 日								
	(フリガナ)				続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過					
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()						
昭平令 年 月 日生							○業務上・外、第三者行為の有無						
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分				
	平成 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続				
	傷 病 名 又 は 症 状								転 帰				
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹		円×	回=	円	摘 要					
			右上肢		円×	回=	円	※施術管理者以外に施術した場合に記入					
			左上肢		円×	回=	円	施術者氏名					
			右下肢		円×	回=	円	施 術 日 . . . 日					
			左下肢		円×	回=	円						
	変 形 徒 手 矯 正 術		円×		肢×	回=	円						
	温 罨 法		円×			回=	円	※往療を必要とした場合に記入					
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×			回=	円	往 療 日 . . . 日					
	往 療 料 4 km まで		円×			回=	円	往 療 を 必 要 と し た 理 由					
	往 療 料 4 km 超		円×			回=	円						
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給: 年 月分)		円×			回=	円							
合 計						円							
施 術 日 通院○ 往療○		月		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									
施 術 証 明 欄		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 免許登録番号				保健所登録区分 所在地		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地					
		あん摩マッサージ指圧師				施術所名 施術者名		☎ 電話					
申 請 欄		上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日				被 保 険 者 住 所 氏 名		☎ 電話					
支 払 機 関 欄		支 払 区 分		預 金 の 種 類		金 融 機 関 名		銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 出 張 所 郵 便 局					
		1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払		1. 普 通 2. 当 座 3. 通 知 4. 別 段		口 座 番 号							
同 意 記 録		同 意 医 師 の 氏 名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病		要 加 療 期 間			
						令 和 年 月 日							
		支 給 決 定 年 月		令 和 年 月 日		常 務 理 事		事 務 長		担 当 者			
		支 給 決 定 額		¥									

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)
 ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合)>

- 医師の同意書 (原本) 施術報告書 (写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書