

課長	担当

療養費支給申請書 (本人・家族)

あんま・マッサージ用

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

記入日：令和 年 月 日

記号・番号	8 - 1234	事業所名	大王製紙健康保険組合	所属部署	総務課
被保険者氏名	健保 太郎	被保険者の生年月日・年齢	昭和 平成 元年 10 月 1 日 (31 歳)		
被保険者住所	(〒 799 - 0403) 愛媛県四国中央市三島朝日12-34	(電話番号)	0123 - 45 - 6789		
療養を受けた者の氏名・続柄	健保 太郎 被保険者との続柄 (本人)	療養を受けた者の生年月日・年齢	昭和 平成 令和 元年 10 月 1 日 (31 歳)		
傷病名	関節拘縮	発病又は負傷原因及びその経過	いつ・どこで・どのようにして発生したか記入		
発病又は負傷の年月日	平成 令和 2 年 9 月 1 日				
業務上の負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
振込先	伊予 銀行 金庫 農協 三島 支店	口座番号	1234567	口座名義 (カナ)	ケンボ タロウ
(委任の場合)	を代理人として上記金額の受取方を委任します。 (印) (代理人印)				

【あんま・マッサージ指圧師の記入欄】

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	平成 令和 年 月 日	自：平成 令和 年 月 日～至：平成 令和 年 月 日	日	新規・継続	
傷病名 又は症状	転 帰			継続・治癒・中止・転医	
マッサージ	軀 幹	円 × 回 = 円	※施術管理者以外が 施術した場合に記入 施術者氏名： 施 術 日： ・ ・ ・ 日		
	右上肢	円 × 回 = 円			
	左上肢	円 × 回 = 円			
	右下肢	円 × 回 = 円			
	左下肢	円 × 回 = 円			
変形徒手矯正術	円 × 肢 × 回 = 円	施 術 日： ・ ・ ・ 日			
温 罨 法	円 × 回 = 円	※往療を必要とした 場合に記入 施 術 日： ・ ・ ・ 日			
温罨法・電気光線器具	円 × 回 = 円				
往療料 4kmまで	円 × 回 = 円				
往療料 4km超	円 × 回 = 円	施 術 日： ・ ・ ・ 日			
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円 × 回 = 円	往療を必要とした理由			
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。	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 年 月 日	住所			
	免許登録番号	施術所名称 あんまマッサージ指圧師 氏名 (印)	電話番号 ()		
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
	電話番号 ()				

【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本 (自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの)
「医師の同意書」原本 (同意内容について医師に照会することがあります。)

- 1年以上・月16回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状況記入書」の提出も必要になります。
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。
- 初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- 病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- 記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印を押印すること。