

療養費支給申請書 (年 月分) (あん摩・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				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
		昭・平・令 年 月 日生		○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分		
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続		
	傷病名または症状				転 帰		
					継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医		
	マ ッ サ ー ジ	躯 幹	円×	技×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者名 施術日
		右上技	円×		回=	円	
		左上技	円×		回=	円	
		右下技	円×		回=	円	
		左下技	円×		回=	円	
	変形徒手矯正術		円×		回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 理由
温 罨 法		円×		回=	円		
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		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			円×		回=	円	
請 求 額						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. 出張専門施術者住所地			
	令和 年 月 日	所在地					
	免許登録番号	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	申請者 住所		氏名		印 電話	
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店		
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店 農協 出張所		
	口座名義 カタカナで記入		口座番号		郵便局		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	傷 病 名	
					令和 年 月 日		
<p><記入にあたっての注意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請書は暦月を単位として作成してください。 ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明書」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。 ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。 ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。 <p><提出の流れ>本人→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。</p> <p><その他添付書類> <input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <input type="checkbox"/> 施術報告書(写) <input type="checkbox"/> 往療状況確認表 <input type="checkbox"/> 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書</p>							