

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		○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		○業務上・外、第三者行為の有無	
昭・平・令 年 月 日生		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		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
	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日～平・令 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 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円	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
	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
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
平・令 年 月 日		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
免許登録番号	所在地	
あん摩マッサージ指圧師	施術所名	
	施術管理者名	☎ 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	〒 -
	日本事務器健康保険組合理事長 殿	被保険者 住 所
		(請求者) 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
	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		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	要加療期間
			令和 年 月 日		

<記入にあたっての注意事項>

- 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「施術証明欄」)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。

<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