

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名		
	所 属	事業所名	<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	被保険者 住所	(〒 -) TEL () -				
	傷病名			業務上・外 第三者行為の有無	1.業務上 2.第三者行為 3.その他	
	発病又は負傷の 原因及びその経過			発病又は 負傷年月日	昭和 令和 年 月 日	
	施術を受け た施術所	名 称	所在地		施術者氏名	
	施術の期間 (支給期間：月単位)	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日	日数	日	施術に要した 費用の額	円
	※ 被扶養者（家族）が施術を受けた場合に記載					
	被扶養者氏名			生年月日	昭和 令和 年 月 日	続柄
	※ 退職後の請求の場合に記載 《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落とされている口座に入金します》					
入社年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		退職年月日	令和 年 月 日		
フリガナ			預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ	
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名 義		
備考						
あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
	平・令 年 月 日	自/平・令 年 月 日 ～ 至/平・令 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名及び症状詳細				転 帰	
	マッサージ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘要 <往療料が必要な理由> ※往療料の内訳表を添付願います。
		右上肢	円 ×	回 =	円	
		左上肢	円 ×	回 =	円	
		右下肢	円 ×	回 =	円	
		左下肢	円 ×	回 =	円	
		右下肢	円 ×	回 =	円	
	変形徒手矯正術 (温電法との併施は不可)	右上肢	円 ×	回 =	円	
		左上肢	円 ×	回 =	円	
		右下肢	円 ×	回 =	円	
	温電法	右上肢	円 ×	回 =	円	
		左下肢	円 ×	回 =	円	
	温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円		
往療料	4 kmまで	円 ×	回 =	円		
	4 km超	円 ×	回 =	円		
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円 ×	回 =	円			
費用額計					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。	令和 年 月 日		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		
住所						
施術所名称						
免許登録番号						
氏名	あんまマッサージ指圧師					
電話						
同意記録	同意医師の氏名	住 所	初診同意年月日	再同意年月日	傷病名	
前回						
今回						
要加療期間						
支 給 額	¥		支給決定日		令和 年 月 日	
支給決定 並びに 支出決議	常務 理事		担 当 者			

〔添付書類〕
〔(被保険者) 注意事項〕
〔(施術師) 注意事項〕

①受診者名が明記された領収書(原本) ※苗字または名前のみは不可 ※領収印及び施術所名称等があるもの ※レシートタイプ不可
②保険医療機関にて保険医の診察を受け、交付してもらった同意書(原本) を添付、6ヵ月(変形徒手矯正術は1ヵ月)を超えて引き続き施術を受ける際も同様です。
③同一疾病により保険医療機関で医療上のマッサージ治療、接骨院・整骨院(柔道整復師)、はり・きゅうとの併給はできません。

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者
受付印