

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) ケンポ タロウ				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 健保 太郎				男・女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○○○○ ○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
	平・令 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 継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×		回=	円	摘 要 ※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	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日
	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	往療を必要とした理由		
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。				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				施術所名	
	_____ あん摩マッサージ指圧師				施術管理者名 ④ 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					
HOYA健康保険組合理事長 殿			被保険者 (請求者)		〒○○○-○○○	
					住 所○○県○○市○○町 1-1	
					氏 名 健保 太郎 ④ 電話○○-○○-○○○	

支 払 機 関 欄	被保険者の払渡 希望銀行	銀行	支店
	希望銀行	○○○○	○○○○
口座名義 カタカナで記入		ケンポ タロウ	普通 N o . ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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