

療養費支給申請書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 ・ 被 扶 養 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）				
	(フリガナ)								年 月 日							
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名									続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過					
									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					

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 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										
変 形 徒 手 矯 正 術	円× 肢×	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										
温 罨 法	円×	回＝ 円											
温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具	円×	回＝ 円	※往療を必要とした場合に記入 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											

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	
	平成 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		電話番号	

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 千 一 被保険者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____											

同 意 ・ 委 任 欄	この療養費支給申請書に不明な内容が認められた場合、療養を受けた医療機関等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。なお、この同意は写しも有効とします。また、本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。											
	被保険者 (申請者) _____ 代理人事業主 (口名義人) _____											

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		
							平成 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。
- ・ 委任欄は事業主を経由して給付しますので社員の方は委任欄へ記入・押印してください。任意継続の方は記入不要です。
- ・ 「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