

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)								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		1. 本人		○業務上・外、第三者行為の有無								
2. 配偶者																					
昭・平・令 年 月 日生								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				自/平・令 年 月 日～至/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		※ <u>施術管理者以外が施術した場合に記入</u> 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		※ <u>往療を必要とした場合に記入</u> 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由 _____																					
	温 罨 法				円×				回＝		円																							
	温罨法・電気光線器具				円×				回＝		円																							
	往療料 4 km まで				円×				回＝		円																							
	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。 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							
	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																															
	池友会健康保険組合理事長 殿																被保険者 住 所 _____ 氏 名 _____ ☎ 電話 _____ (請求者)															

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				1. 普通				2. 当座								金庫 支店											
	3. 郵便局送金				4. 当 地 払				3. 通知				4. 別段								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			
													平・令 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