

療養費請求書（ 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				
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		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							
昭・平・令 年 月 日生							

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分
	平成 年 月 日 令和		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 ※ <u>施術管理者以外</u> 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	※ <u>往療を必要とした場合</u> に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由
	温 電 法	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		
	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			
			施術所名			
	あん摩マッサージ指圧師		施術者名		電話	

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費を請求します。 令和 年 月 日					〒 —
	ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿			被保険者 住 所 (請求者) 氏 名		電話

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 令和		

<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。
- ・ 「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 → 健康保険組合

※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