

療養費請求書（ 1 年 1 1 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）	
	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9		令和 1 年 9 月 1 日		筋萎縮症	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) ダイキン タロウ		続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過	
		大金 太郎		男 ・ 女 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	不詳 ○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
		右上肢	円×	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
		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×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入 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 1 年 1 2 月 1 日 〒111-1111 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿 被保険者 住 所 大阪市北区〇〇町1-1-1 (請求者) 氏 名 大金 太郎 電話 06-6373-4300					
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間	
同意 記 録	健康 次郎	大阪市中央区〇〇町1-1-1	平成 1 年 9 月 1 日 令和	筋萎縮症	令和 1 年 9/1～11/30	

<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