

支給決定並びに支出伺		支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
施術に要した費用	円	支給額	円			

療養費・第二家族療養費支給申請書 (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		○業務上・外、第三者行為の有無	
昭・平・令 年 月 日生				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	
		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
	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			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円			
合 計				円			

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	⑩ 電話
	あん摩マッサージ指圧師	施術者名	

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	被保険者 住 所
	クラレ健康保険組合理事長 殿	(請求者)
		氏 名
		⑩ 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		

・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術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(6ヶ月)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。

【添付書類】

1. 施術に要した費用の領収書(原本)
2. 医師の同意書(原本)
 - ・初回は必須。療養費の支給が可能とされる期間内(6ヶ月)であれば2回目以降の請求に添付は不要です。