

支 給 支 払 決 議 書						
常務理事		事務長		係		不支給の場合
						
資格取得年月日				年	月	日
資格喪失年月日				年	月	日

被保険者
家 族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の	被保険者証の 記号番号	1	—	12345	氏名	健保 太郎																																										
	住所	大阪市西区京町堀1-3-17					生年月日	昭和 平成	51	年	12	月	13	日																																			
	被扶養者にかかる 申請の時はその者の	氏名	家族の場合記入					生年月日	昭和・平成 令和		年		月		日																																		
	傷病名	脳梗塞					発病または 負傷の年月日	令和	26	年	2	月	2	日																																			
	発病または 負傷の原因	(原因については各自が思い当たることをご記入ください) 脳梗塞で右半身が自由に動かなくなった					傷病の経過を 詳しく記入	脳外科主治医から、マッサージを勧められ治療を始め た。まだ右半身が思うように動かず通院中																																									
	第三者行為(交通事故・喧嘩等)による傷病ですか						はい	・	いいえ	届出の有無				ある						・	ない																												
	施術を受けた 施術院の	名 称	〇×鍼灸院					所在地	大阪市中心区備後町〇-〇-〇																																								
	施 術 日 (通院した日に〇、 往療は◎)	対象月	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																
	施術に要した(立替 払いした)費用の額	金	〇〇,〇〇〇					円也	← 領収書の原本を必ず添付して下さい。																																								
	受取方法 (①②いずれか記入)	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 平成 30 年 6 月 7 日 被保険者の氏名 健保 太郎																																															
②上記以外振込先を記入して下さい。 任継者は記入不要。登録口座へ振込																				銀 行 信金・信組 協金・農協	本店・出張所 支店・営業部	普通	・	当座																									
退職された方は記入してください																				口座番号	(フリガナ)	口座名義																											
施 術 内 容 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	年					月	日	施 術 期 間					年					月	日	施 術 日 数					請求区分																							
	年										月	日	年										月	日	日					新規					・	継続													
	傷病名および症状詳細										転帰										継続										・	治癒	・	中止	・	転医													
	マッサージ										概要										円×										回					円													
	変形徒手矯正術										円×										回					円																							
	温電法										円×										回					円																							
	温電法・電気光線器具										円×										回					円																							
	往療料										4Kmまで										円×					回					円																		
	(加算										Km)										円×					回					円																		
	合 計										円																																						
施術日 通院〇往療◎										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
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。																																																	
証明日										年										月	日	住 所										電話番号																	
あんま・マッサージ・指圧師										氏 名																																							
同意医師氏名										住 所										同意年月日										傷病名										要加療期間									

1. 「医師の同意書(原本)」を添付して下さい。また、6ヶ月を超えて引き続き施術を続ける場合(変形徒手矯正術は1ヵ月)は、再度医師の診察を受け同意書の交付を受ける必要があります。
2. 「適用」欄には往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【申請上の注意】

1. 標題の「被保険者」「家族」は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。
2. 申請書は暦月(1日～月末日)ごと1枚記入の上、「領収書(原本)」を添付して提出して下さい。
3. 初療及び6か月を超えて引き続き施術を受ける場合は、再度医師の診療と同意書の原本が必要です。
4. 医療機関を受診中の場合は保険の適用外となります。
5. 通勤途上災害、業務上災害の場合は労災保険からの給付があるため健康保険の給付対象とはなりません。
6. 鉛筆書き、記入漏れ、添付書類不備は受け付けられません。
7. 請求権は事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。