

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 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																																		
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間								実 日 数				請 求 区 分																	
	年 月 日				自・ 年 月 日～至・ 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		※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																			
					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		※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。										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																			
	年 月 日										所在地																							
	免許登録番号										施 術 所 名																							
	あん摩マッサージ指圧師										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。																																	
	年 月 日										〒										被保険者 住 所													
	水産連合健康保険組合理事長 殿										(請求者)										氏 名 ㊤ 電 話													
支 払 機 関 欄	支払区分								預金の種類								金融機関名								銀行 本店									
	振 込								1. 普通 2. 当座																金庫 支店									
同 意 記 録	口 座 名 義 カタカナで記入												口 座 番 号																					
	同意医師の氏名				住 所								同 意 年 月 日								傷 病 名				要加療期間									
												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＞事業所委任か被保険者（本人）→ 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（原本）

問い合わせ先 水産連合健康保険組合 給付係 TEL. 06-6469-7540