

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 ()	
昭・平 年 月 日生				○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・令 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	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名_____	
		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	※往療を必要とした場合に記入
	往 療 料 4 km まで	円×		回=	円	往療日 . . . 日
	往 療 料 4 km 超	円×		回=	円	往療を必要とした理由
	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
	令和 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。		〒 —
	令和 年 月 日	被保険者 住所	氏名 電話
振 込 先		給付金は、会社に届出されている給与口座に振込します。	

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
			令和 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。
- 「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

【送付先】 郵送の場合 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
大気社グループ健康保険組合