

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）		
	記号		番号		年 月 日		
	(フリガナ) -----		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過		
							○業務上・外、第三者行為の有無
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 ()		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	
		昭・平		年 月 日		生	

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	
			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 電 法		円×		回＝		円		※往療を必要とした場合に記入 往療日 日		
温電法・電気光線器具		円×		回＝		円				
往療料 4 kmまで		円×		回＝		円		往療を必要とした理由		
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		あん摩マッサージ指圧師		施術所名	
					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		〒 -		
	日研グループ健康保険組合理事長 殿		被保険者		住 所		
				氏 名		☎ 電話	

支 払 機 関 欄	金融機関名		銀行		本店		
			金庫		支店		
		農協		出張所			
<input type="checkbox"/> 座 名 義 カタカナで記入		<input type="checkbox"/> 座 番 号		普通			

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	
					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>本人 → 事業所 → 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