

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 | |
| | 施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 | | 男 ・ 女 | | 1. 本人 | |
| 2. 配偶者 | | | | | | |
| 昭・平 年 月 日 生 | | 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 | | |
| | マ ッ サ ー ジ | | 軀 幹 | | 円× | 回= | 円 | 摘 要 ※施術管理者以外の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 | | |
| | 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 | | 住 所 | | |
| 日研グループ健康保険組合理事長 殿 | | 被保険者 | | 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