

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			○業務上・外、第三者行為の有無		
昭・平 年 月 日生								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	摘 要 ※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 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	あん摩マッサージ指圧師		
		施術所名		
	施術管理者名			☎ TEL

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	〒 -		
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		
	経済産業関係法人健康保険組合理事長 殿 氏 名 ☎ TEL				

<記入にあたっての注意事項>

- ・「療養費支給申請書」は被保険者が記入してください。被保険者が自ら署名する場合以外は、被保険者の押印が必要です。
- ・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。

<添付書類>

□ 施術に要した費用の領収書（原本）

<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