

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 令和 年 月 日		○傷病名(医師の同意を受けた傷病名)	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄 男 ・ 女	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		昭和・平・令 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
		令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日
	傷病名又は症状				転 帰 継続・治癒・中止・転医
マ ッ サ ー ジ	躯幹	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	施術日 日
	右下肢	円×	回＝	円	
	左下肢	円×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日
	温罨法(加算)	円×	回＝	円	
	温罨法・電気光線器具(加算)	円×	回＝	円	往療を必要とした理由
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	右上肢 円× 左上肢 円× 右下肢 円× 左下肢 円×	回＝ 回＝ 回＝ 回＝	円 円 円 円	
	往療料 4kmまで	円×	回＝	円	往療を必要とした理由
	往療料 4km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。	令和 年 月 日	保健所登録区分	所在地	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	免許登録番号		所在地	施術所名		
		あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名	電話番号		

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 (請求者)	〒	—
	近畿電子産業健康保険組合理事長 殿		住所 氏名		電話

委 任 状 欄	上記保険給付金の受領を事業所担当者	_____に委任します。			
	令和 年 月 日	被保険者氏名			

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。
- ※訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお押印している場合については、左記の方法による訂正または従来どおりの押印した印による訂正のどちらかをしてください。

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 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