

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ償還)

受 療 者 欄	被保険者証の記号番号		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				
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
		昭・平・令 年 月 日生		男・女	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	年 月 日 ~ 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	
		右上肢	円×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入	
		左上肢	円×	回=	円	施術者氏名 _____	
		右下肢	円×	回=	円	施術日 日	
		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	
	温 電 法	円×	回=	円	往療日 日		
	温電法・電気光線器具	円×	回=	円	往療を必要とした理由		
	往 療 料 4kmまで	円×	回=	円			
	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			
施術日	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						
通院○							
往療◎	月						
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。〒 -						
	令和 年 月 日	住所		被保険者			
大阪金属問屋健康保険組合理事長 様 (請求者)		氏名		電話			
支 払 機 関 欄	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義		
	(カナ)	(カナ)	普通 当座 その他()		(カナ)		
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。
- ・「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。

<添付書類>

□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。
領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例: あんま・マッサージ施術代))

※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

受付年月日