

記入例

療養費支給申請書 (令和 1 年 6 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) | | |
| | 9 9 - 1 0 0 0 | | | | | | | | 平成・令和 28年 7月 25日 | | | 筋麻痺 | | |
| | (フリガナ) ケンポ タロウ | | | | | | | | 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 健保 太郎 | | | | | | | | 男 | 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 () | | | | |
| | 昭・平・令 5年 4月 1日生 | | | | | | | | 女 | 不詳 ○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 | | |
| | 平・令 年月日 | | 自・令和 年月日 | | | | 二重線内は、施術管理者に記入を依頼してください。 | | | |
| | 傷病名又は症状 | | | | | | | | | |
| | マッサージ | | 軀幹 | 円× | | 回= | 円 | 施術者氏名 _____ 施術日 _____ 日 ※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 | | |
| | | | 右上肢 | 円× | | | | | | |
| | | | 左上肢 | 円× | | | | | | |
| | | | 右下肢 | 円× | | | | | | |
| | | | 左下肢 | 円× | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術 | | 円× | 肢× | 回= | 円 | | | | |
| | 温罨法 | | 円× | | 回= | 円 | | | | |
| 温罨法・電気光線器具 | | 円× | | 回= | 円 | | | | | |
| 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 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。 令和 年月日 免許登録番号 | | | | 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 所在地 | | | | |
| | あん摩マッサージ指圧師 | | | | 施術所名 | 施術管理者名 ④ 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。 平成 31 年 7 月 5 日 | | | | | | | | | |
| | 被保険者 フューチャーグループ健康保険組合理事長 殿 | | | 住所 | 東京都品川区大崎〇-〇-〇 | | | | | |
| 支払機関欄 | 預金の種類 | | | 金融機関名 | | | 銀行・金庫 | | | 本店 |
| | 1. 振込 | 2. 銀行送金 | 1. 普通 | 2. 当座 | △△△△ | 農協 | 支店 | 郵便局 | 出張所 | |
| 3. 郵便局送金 | 4. 当地払 | 3. 通知 | 4. 別段 | | | | | | | |
| 口座名義 カタカナで記入 | ケンポ タロウ | | 口座番号 | 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | |
| 同意医師の氏名 | | 住 所 | | 同意年月日 | | 傷 病 名 | | 要加療期間 | | |
| 関東 三郎 | | 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇 | | 平成 31 年 5 月 27 日 | | 筋麻痺 | | H31.5.27 -R1.8.31 | | |

<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