

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	-	1000	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				① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他 ( )				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				
昭平令 5 年 4 月 1 日生				男・女									

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		
	傷 病 名 又 は 症 状			
	二重線内は、施術管理者に記入を依頼してください。			
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹 円× 右 上 肢 円× 左 上 肢 円× 右 下 肢 円× 左 下 肢 円×	回= 円 回= 円 回= 円	施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日
	変 形 徒 手 矯 正 術	円× 肢×	回= 円	
	温 罨 法	円×	回= 円	※往療を必要とした場合に記入
	温罨法・電気光線器具	円×	回= 円	往療日 . . . 日
	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 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 _____ 所在地 _____ 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	_____ 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。 平成 31 年 7 月 5 日		〒141-0032		
	フューチャーグループ健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所 東京都品川区大崎〇-〇-〇 (請求者) 氏 名 健保 太郎 ㊞ 電話 03-5740-〇〇〇〇		
	支払区分 1. 振 込 ② 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	預金の種類 ① 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	金融機関名 △△△△ 銀行・金庫 本店 農協 ■■■ 支店 郵便局 出張所		
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				
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
	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

問い合わせ先

フューチャーグループ健康保険組合

TEL. 03-5740-5741

2019年6月版