

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			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		
昭・平 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	
	西暦 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
温 罨 法		円×		回=	円		
温 罨 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	往療を必要とした理由	
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。						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
	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。						〒	—
	年 月 日						被保険者 住 所	
兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿						(請求者)		
						氏 名		
						☎ 電話		

振 込 口 座 先	銀 行			No.	(加)
	信用金庫				

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	
					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。

<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