

療養費支給申請書 ( 年 月分) あんま・マッサージ用

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号		事業所名 (会社名)	
	—			
	被保険者氏名・捺印		住所	
			〒	
	療養を受けた方の氏名	生年月日		続柄
		年	月	日
	傷病名		発病または負傷年月日	
			年	月 日
	発病の原因および経過		業務上・外、第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為である <input type="checkbox"/> その他
	被保険者振込み先口座	金融機関名		支店名
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	フリガナ	名義人

あんま・マッサージ師が記入するところ	施術内容欄					
	初療年月日	施術期間	自・年 月 日	実日数	請求区分	
	年 月 日		至・年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名				転帰 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	円×	回=	円	摘要
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	形徒手矯正術	円	肢×	回=	円	
	温罨法	左下肢	円×	回=	円	
	温罨法・電気光線器具	左下肢	円×	回=	円	
	往療料	4kmまで	円×	回=	円	
	往療料	4km超	円×	回=	円	
	術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円	
費用額計		円				
施術日 通院○ 往寮◎	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、その費用を領収したことを証明します。					
年 月 日						
〒	住所		免許登録番号			
氏名						
保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地					
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
				年 月 日から 年 月 日		

上記のとおり申請いたします。 提出日 年 月 日

記入欄	支給決定額	円
	支給決定日	年 月 日

健保受付印

## 《記入上の注意点》

〔被保険者の方へ〕

- 1.申請書は、ひと月ごとに作成ください。(償還払い)
- 2.領収書の原本を必ず添付してください。その際、宛名を記載してもらってください。
- 3.初めてかかったときの請求の場合は、「医師の同意書」(原本)を添付してください。  
また、6カ月を超えて引き続き、はり・きゅうの施術を受ける場合は、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 4.「発病の原因および経過」はできるだけ詳しく記入してください。
- 5.傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため、健康保険組合への請求はできません。事業所の担当者へご連絡をお願いします。
- 6.負傷原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。健保組合にご連絡ください。

〔あんま・マッサージ師の方へ〕

- 1.往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を「摘要」欄にご記入ください。
- 2.初療の日から6カ月を経過した時点において、更に施術を行う場合、再同意した「医師の同意書」を必ず患者より提出してもらってください。(原本は患者が当健保組合に支給申請する際に必要です)申請書の「同意記録」欄に同意した医師の氏名、住所等をご記入ください。