

療養費支給申請書 (令和2年2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)		
	1-1234			〇〇〇株式会社		
	被保険者氏名・捺印			住所		
	ケンボ イチロウ 健保 一郎			〒000-1234 東京都〇〇市△△1-1-1		
	療養を受けた方の氏名		生年月日		続柄	
	健保 一郎		昭和 55年 7月 10日		本人	
	傷病名			発病または負傷年月日		
	脳梗塞			令和2 年 1月 10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 checked="" type="checkbox"/> その他
	原因不明、治療中					
被保険者振込み先口座	金融機関名			支店名		
	〇〇〇銀行			■■■ <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	7654321	フリガナ	ケンボ イチロウ 健保 一郎	
				名義人	健保 一郎	

あんま・マッサージ師が記入するところ	施術内容欄					
	初診					
	傷病					
	あんま・マッサージ					
	徒手					
	温罨法					
	温罨法					
	往療料					
	往療料					
	施術報告					
施術通院往寮						
施設						
〒住所氏名						
保健						
同意						
年 月 日から 年 月 日						

施術者の方へ記入をお願いして下さい。
※療養費支給申請書は施術所で作成した書式をご使用頂いても大丈夫です。

上記のとおり申請いたします。

提出日 令和2 年 3月 25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。