

※印欄は記入しないでください。

※支給決議書	支払額	法定給付	円	常務理事	事務長	会 計	担 当	被扶養者台帳 照合印
		付加給付	円					
		合 計	円					
	支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間					資格 得 喪	年 月 日
								年 月 日
	備考						合計	円
一部負担							円	

被保険者
家 族

療 養 費 支 給 申 請 書

(あんま・マッサージ用)

令和 年 月 分

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号		番号		事業所名称				
	社員番号									
	被保険者の 氏 名					被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	療養が被扶養者 に関するときはそ の者の	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	傷 病 名					発病又は 負傷年月日	令和	年 月 日		
	発病又は負傷の 原因とその経過							第三者行為によるものですか		
								はい ・ いいえ		
被保険者振込先口座	銀行（銀行コード'）				口座番号	（ 普 ・ 当 ）				
					店（店コード'）				口座名義（カタカナで記入）	

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																										
		年 月 日				年 月 日 ～ 年 月 日																										
		傷病名														実日数		日														
		マッサージ	軀 幹	円 ×	回 =	円	請求区分																									
			右上肢	円 ×	回 =	円	新 規 ・ 継 続																									
			左上肢	円 ×	回 =	円	転 帰																									
			右下肢	円 ×	回 =	円	継続・治癒・中止・転医																									
			左下肢	円 ×	回 =	円	摘 要																									
		変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円																										
		温 電 法	円 ×		回 =	円																										
		温電法・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																										
		合 計				円																										
		施術日 通院○/往院◎		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				保健所登録区分				1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所他																	
			免許登録番号				住所																									
あんまマッサージ指圧師				氏名																												
同 意 記 録	同意医師氏名		住 所		同意年月日				傷病名				要加療期間																			
					令和 年 月 日																											

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。

受付日付印

< 記入上の注意点 >

被保険者の方へ

- 1 「被保険者が記入するところ」の欄をすべてご記入ください。
- 2 申請書は暦月単位ごとに作成してください。
- 3 領収証の原本を必ず添付してください。
- 4 初めてかかったときの申請の場合、「医師の同意書」(原本)を添付してください。
***6カ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、保険医の診察を受け、同意書(文書)の交付を受ける必要があります。**
口頭同意は認められなくなり、同意書(文書)による交付が必要となります。
- 5 「発病又は負傷の原因とその経過」欄はできるだけ詳しくご記入ください。
- 6 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、健康保険組合への申請はできません。
事業所の担当者へご連絡ください。
- 7 傷病原因が第三者によるものであるときは、別途「第三者の行為による傷病届」が必要となります。健康保険組合にご連絡ください。

あんま・マッサージ師等の方へ

- 1 「あんま・マッサージ師が記入するところ」の欄にご記入ください。
- 2 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。
- 3 **6カ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、保険医の診察を受け、同意書(文書)の交付を受ける必要があります。**
口頭同意は認められなくなり、同意書(文書)による交付が必要となります。