

療養費支給申請書 (年 月分)

あんま・マッサージ用

該当者欄	○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				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			○発症又は負傷の原因及びその経過		
昭・平・() 年 月 日生				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			○仕事中/通勤途中/第三者行為のいずれかに該当しますか			
							1. はい 2. いいえ			

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	年 月 日	自・	年 月 日～至・	年 月 日	日	新 規 ・ 継 続
傷 病 名 又 は 症 状					日	転 帰 継続・治癒・中止・転医
マ ッ サ ー ジ	軀 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	
変 形 徒 手 矯 正 術		円×	肢×	回=	円	
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	
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	
	あん摩マッサージ指圧師免許登録番号		施術所名	電話
		施術管理者名		

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
関東めつき健康保険組合理事長 殿		(請求者)	氏 名	電話

支 払 機 関 欄	金融機関名		口座名義 (カタカナで記入)		
	銀行・農協 金庫・信組 その他 ()		本店 支店 出張所		
預金の種類	普通 ・ その他 ()		口 座 番 号		

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(施術者)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。

<添付書類> 療養費申請の際はこの申請書のほかに以下の添付書類が必要です。(①は必須、②～⑤は該当する場合のみ必要)

① 施術に要した費用の領収書 (原本) ※必須

② 医師の同意書 (原本) ※初回同意を受けた時 または 6 か月を超えて引き続き施術を受ける場合

③ 施術報告書 (写し) ※施術報告書交付料の算定が行われている場合

④ 往療状況確認表 ※往療の施術を受けた場合(施術者から記入を受けてください)

⑤ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 ※初療日から1年以上経過 かつ 月に16日以上施術を受けた場合