

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・令 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																					
	平・令 年 月 日				自-令和 年 月 日～至-令和 年 月 日				日				新 規 ・ 継 続																					
	傷 病 名 又 は 症 状												転 帰																					
	マ ッ サ ー ジ				軀 幹 円× 回= 円				円				※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				円																									
					左上肢 円× 回= 円				円																									
					右下肢 円× 回= 円				円																									
					左下肢 円× 回= 円				円																									
	変 形 徒 手 矯 正 術				円× 肢× 回= 円				円																									
	温 罨 法				円× 回= 円				円				※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日																					
温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具				円× 回= 円				円																										
往 療 料 4km まで				円× 回= 円				円																										
往 療 料 4km 超				円× 回= 円				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				円																										
合 計								円																										
施 術 日				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地																					
	免 許 登 録 番 号				所在地				所在地																									
	あん摩マッサージ指圧師				施 術 所 名				施 術 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。																																	
	令和 年 月 日				〒 -				被 保 険 者 住 所				中越パルプ工業健康保険組合理事長 殿				(申請者)				氏名 (自署)				電話									
<p>※任意継続者以外は、原則、事業主経由で給与口座にお支払いしますので、下記委任欄にご記入の上、事業主へ提出ください。</p> <p>本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 代理人 住所</p> <p>(被保険者) 氏名 氏名</p>																																		
支 払 機 関 欄	金融機関名				銀行				支店				口座名義人 (被保険者に限る)																					
					金庫				出張所				(カタカナ) _____																					
				組合・農協								(普通・当座) 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																	
									令和 年 月 日																									

受付印

<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。
- 任意継続者は、支払機関欄に被保険者名義の口座を記入してください。それ以外の方は、事業主経由で給与口座に支払いますので、委任欄にご記入の上、事業主へ提出してください。
- 「同意記録欄」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⇒事業主(総務人事)⇒健康保険組合 (任意継続者は、直接、健康保険組合へ提出してください。)

※本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>

- 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