

健康保険 療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ・指圧用)

○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							
施術を 受けた者 の氏名		(フリガナ)		続柄		○発症又は負傷の原因及びその経過					
				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							
被 保 険 者 欄	本申請書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 千 一 被保険者の住所 大阪薬業健康保険組合理事長 様 (申請者) 氏名 〒 - -										
	(フリガナ) 銀行			銀行コード		預金種目		1. 普通 2. 当座 3. その他 ()			
振込口座			口座番号		支店コード		(フリガナ)				
(フリガナ) 支店			支店		名 義		(フリガナ)				
※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。 ただし、施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任はできません。											
委 任 欄	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します 令和 年 月 日 被保険者(申請者) の住所 氏名 ㊟ 代理人 の住所 氏名 ㊟										

施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分		
	平成・令和	年 月 日	自・令和	年 月 日～至・令和	年 月 日	新規・継続 転 帰		
	傷病名又は症状					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	※施術管理者以外が施術した場合に記入			
	左上肢	円×	回=	円				
	右下肢	円×	回=	円				
	左下肢	円×	回=	円	施術者氏名			
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	施術日 年 月 日		
	温 罨 法	円×	回=	円				
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入			
	往療料	円×	回=	円	往療日 年 月 日			
	往療料	円×	回=	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					
合計	円×	回=	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	
	令和 年 月 日				所在地			
	免許登録番号				施術所名			
	あんまマッサージ指圧師				施術管理者名		電話	
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名	
					令和 年 月 日		要加療期間	

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 被保険者欄の「振込口座」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「施術内容欄」は、施術者等へ記入を依頼してください。
- 「同意記録」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。
- ※当該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(該当する場合)> 次の書類をチェックしてください。

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