

被保険者・被扶養者 **療養費支給申請書** (あんま・マッサージ)

- ※ 別紙 記入上の注意を必ずお読みください。
- ※ 領収書原本及び初療(初診)の場合は医師の同意書を添付してください。
- ※ あんま・マッサージ師等への受領委任払いは行っておりません。

		① 平成 年 月 分		
被保険者が記入するところ	② 保険証の 記号・番号	—	③ 被保険者 の氏名と 生年月日	
	④ 住所等		〒 TEL ()	
	⑤ 事業所名称	⑦ 部署名		
	⑧ 被扶養者に 関する申請 の場合	氏名	昭和・平成 生年月日 年 月 日生 続柄	
	⑨ 傷病名	⑩ 発病又 は負傷 の年月日		
	⑪ 発病又 は負傷の 原因	⑫ 傷病の経過		
	⑬ 第三者行為 による負傷 であるとき	その事実と 届出の有無	加害者氏名	
			加害者住所	
⑭ 施術に要した 費用の額	円	⑮ 払渡希望銀行 (被保険者名義)	銀行 支店 普・当()	
あんま・マッ サージ師が 記入するところ	初療年月日	施 術 期 間	実日数	
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日	
	傷病名	請求区分		
		新規・継続		
	マッサージ	軀幹		円× 回= 円
		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× 回=	円	
温罨法	円× 回=	円		
温罨法・電気光線器具	円× 回=	円		
往療料 2kmまで	円× 回=	円		
加算 (km)	円× 回=	円		
上記費用の合計額			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			
※通院は○、往療は◎で囲んでください。				
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。 平成 年 月 日 住所 TEL 氏名 ⑩			
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	
			平成 年 月 日	
	傷 病 名	要 加 療 期 間		

捨印
⑩
字 削
挿 除
入

【記入上の注意】

(被保険者の方へ)

1. この申請書は暦月単位で届出してください(1ヶ月毎に1枚の申請書が必要です)。
2. ④で押印した印を捨印欄にも押印してください。
3. ⑩欄は、同意書又は診断書の発病年月日を記入してください。
4. ⑪欄はわかる範囲内でできるだけ詳しく記入してください。
発病の原因が業務上または通勤途上の場合は、労災保険に該当するため健康保険に請求することはできません(事業所の担当部署にご連絡ください)。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。

(鍼灸師等へ)

1. あんま・マッサージ師記入欄は、施術者が記入してください。なお、施術日の欄は、この申請書により申請する月の該当日のみ○(往療が行われた場合は◎)で囲んでください。
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記入してください。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ておれば、必ずしも添付を要しません。この場合には同意をした医師の氏名・住所等を下段の同意記録欄に記入してください。