

療養費支給申請書 ( 〇〇年 〇月分) (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)	
	1	-	1	2	3	4	5	〇〇年 〇月 〇日	脳出血による筋麻痺
	(フリガナ) ケンポ ハナコ					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	健保 花子					男・ 女		○年前の脳出血による後遺症	
昭・平・令	〇〇年 〇月 〇日生		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他		( )		○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	
	年 月 日	自・令和 年 月 日 至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又	<p>あん摩・マッサージ・指圧師の 証明を受けてください</p>			帰	
	マ ッ サ				中止・転医	
	変 形 徒 手 知				要	
	温 罨				術した場合に記入	
	温 罨 法 ・ 電 気 罨				日	
	往 療 料 4				日	
	往 療 料 4				日	
	施 術 報 告 書 交 (前回支給:				理由	
合	日					
施 術 日 通院○ 往療○	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。	所在地
	令和 年 月 日	所在地
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師

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。	〒 000 - 0000
	令和 〇〇年 〇月 〇日	住 所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1
	ベイシアグループ健康保険組合 理事長 殿	被保険者 氏 名 健保 太郎
		電話 000-000-0000

支 払 機 関 欄	支払口座	被保険者名義の口座を記入してください	本店
	1.		支店
	3.		出張所
	口		郵便局
	カタカナで記入		

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
	山田 太郎	〇〇県〇〇市〇〇町 2-2	〇年 〇月 〇日	脳出血による筋麻痺	

<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。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「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。

<提出の流れ> 本人 → 健康保険組合

※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)>

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