

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 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			
	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 ()	業務上・外、第三者行為の有無		
昭・平・令 年 月 日生			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
	令和 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
						継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝	円	摘 要 ※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	
		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	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由
	温 電 法	円×	回＝	円		
	温電法・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 令和 年 月 日 免許登録番号			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	
				所在地		
	あん摩マッサージ指圧師			施術所名		
				施術者名	TEL	
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 円 — 被保険者 住 所 サンゲツ健康保険組合 理事長 殿 (請求者) 氏 名 TEL					
	金融機関名		支店名 (店番：)		口座番号	口座名義人氏名
支 払 機 関 欄	銀 行 信用金庫 信用農協		本 店 支 店 出張所		普通 ・ 当座	フリガナ
					氏名	
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

<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。
- ・ 太線内(「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

問い合わせ先 サンゲツ健康保険組合 TEL. 052-564-3199