

被保険者
家族

療養費支給申請書 (令和1年5月分) (あんま・マッサージ用)

令和1年6月3日提出

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		事業所名称		発病または負傷年月日		傷病名		
	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇	日立造船(株) 所属部署名 (部署名・支所名等)		H 〇〇 年 〇 月 〇 日		神経麻痺		
	療養を受けた者の氏名 健保 太郎		(フリガナ)	性別 男	続柄	発症または負傷の原因およびその経過			
	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生		業務上、または通勤途上の負傷ですか		はい		いいえ		
委任状		本請求に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。				令和1年6月3日			
被保険者氏名		健保 太郎		(必ず自署)		連絡先電話番号		000-0000-0000	
被保険者住所		〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇-〇-〇		※就業時間中に連絡が取れる電話番号					

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 が 記 入 す る 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	年 月 日	自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日	日	新規・継続		
	傷病名または症状				転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要 *往療を必要とした理由、往療料の距離計が判断できる明細、その他施術に関する特記事項等を記入ください。
		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	
温 電 法	円×	回=	円			
温電法・電気光線器具	円×	回=	円			
往療料	円	回=	円			
4 km 超	円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円×	回=	円			
費用額計				円		
施術日 通院○ 往療◎	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					
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			
令和 年 月 日		住所(所在地) 〒 -				
免許登録番号		氏名		☎ 電話番号 - -		
あんま・マッサージ・指圧師						
同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間		
TEL ()						

あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください

[必要書類] (いずれも原本を提出してください。支給決定後は返却できません。)

1. 施術に要した費用の領収書 (自費診療とわかるもの、宛名は受療者氏名、領収印があるもの)
2. 医師の同意書 (同意内容については医師に照会することがあります。) ※「施術報告書」が交付された場合はその写しを添付
必ず当該疾病にかかる主治医が診察したうえで同意書が必要です。(口頭同意不可)
※変形徒手矯正術は、医療上1ヶ月を超えて行う必要がある場合、必ず同意書を添付してください。

[注意事項]

- 暦月単位で提出してください。(1か月毎に1枚の申請書が必要です)
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらの施術を受けるときは、「医師の同意書(原本)」を添付してください。
- 同意した医師の診療報酬明細書を確認し、審査を経て支給の決定をします。
- 任意継続被保険者の方は、加入時に指定された口座に振込みます。