

健康保険被保険者療養費支給申請書 (令和 年 月分) あんま・マッサージ用

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	—		昭・平・令 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	本人	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							
	平・令 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						
	温 罨 法	円×	回＝	円								
	温 罨 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	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								
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							
	_____ あん摩マッサージ指圧師			所在地	_____							
	_____			施術所名	_____							
			施術者名	☎ 電話 _____								

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	被保険者住所		氏名 _____
静岡県中部機械工業健康保険組合理事長 殿				電話 _____

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
			令和 年 月 日		

受 領 委 任 の 欄	本申請に基づく給付金の受領を 事業所名称 _____		受 付 日 付 印
	氏 名 _____ に委任します。		
	令和 年 月 日 被 保 険 者 (委 任 者) _____		

<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。
- ・ 「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 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)  
※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)>

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