

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 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			
		昭・平・令 年 月 日生	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
	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			
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回＝	円	往療を必要とした理由		
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。		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		
	令和 年 月 日		所在地			
	免許登録番号		施術所名			
	あん摩マッサージ指圧師		施術者名 ⑩ 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

静岡県中部機械工業健康保険組合