

療養費支給申請書 ( 年 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)	
	-		年 月 日			
	(フリガナ)		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		男 ・ 女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )	
昭・平 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
	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× 右上肢 円× 左上肢 円× 右下肢 円× 左下肢 円×	回= 回= 回= 回= 回=	円 円 円 円 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
	変 形 徒 手 矯 正 術	円× 肢×	回=	円	
	温 電 法	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入
	温電法・電気光線器具	円×	回=	円	往療日 . . . 日
	往療料 4 kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由
	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。		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		あん摩マッサージ指圧師		施術所名
					施術管理者名 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	〒		-	
	埼玉県医師会健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所		
			(請求者) 氏 名		電話

支 払 機 関 欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。下記に記入があった場合は下記優先)				
	預金の種類	普通 ・ 当座	金融機関名	銀 行	本店
	口座名義 <small>カタカナで記入</small>		口座番号	信用金庫	支店

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		

<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 (※任意継続の場合も、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