

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	
	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 ※施術管理員以外に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
	温 罨 法	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入	
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円	往療日 . . . 日	
	往療料 4kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由	
	往療料 4km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 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。	千 一
	令和 年 月 日	被保険者 住 所 三谷健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏 名 ☎ 電話

支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 本店
	1. 振 込	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金庫 支店 農協 出張所
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		

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、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

赤枠は被保険者が記入する欄

青枠は施術者が記入する欄

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

見本

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				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	
	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 ※施術管理員以外の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
	温 罨 法	円×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入	
	温罨法・電気光線器具	円×	回＝	円	往療日 . . . 日	
	往療料 4kmまで	円×	回＝	円	往療を必要とした理由	
	往療料 4km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 証 明 欄	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		
	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		
			☎ 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	千 一	被保険者 住 所	氏 名
	三谷健康保険組合理事長 殿		(請求者)	
			☎ 電話	

支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	1. 振 込	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金庫	支店
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		農協	出張所

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		

## &lt;記入にあたっての注意事項&gt;

- ・ 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、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

&lt;提出の流れ&gt;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。

&lt;その他添付書類(該当する場合)&gt;

 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 三谷健康保険組合 〒910-8510 福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階 TEL. 0776-20-3155

2019年10月版