

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					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・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	
	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×	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	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
通院○		
往療◎		

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	☎ 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
委 任 欄	全国印刷工業健康保険組合理事長 殿	(請求者)	☎ 電話

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。	令和 年 月 日
	被 保 険 者 住 所	
	(請 求 者) 氏 名	☎
	委任された方の 住 所	
(事 業 主) 氏 名	☎	
<b>給付金の振込先銀行</b> 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振り込みますので、事業主に受領委任してください(捺印漏れのないようお願いいたします)。なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。		

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
			平成 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。
- ・ 「被保険者欄」に受療者情報を記入してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」、「施術証明欄」および「同意記録欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、「委任欄」により、事業主に受領委任してください（捺印を忘れないでください。）。
- ・ 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。

### <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

問い合わせ先：全国印刷工業健康保険組合 給付課 TEL. 03-3551-9301