

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							1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			○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																							
			右 上 肢	円×		回=	円			施 術 者 氏 名 _____																							
			左 上 肢	円×		回=	円			施 術 日 日																							
			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 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 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		〒 -																							
	全国印刷工業健康保険組合理事長 殿							被 保 険 者 住 所 (請求者)		氏 名 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																																
	給付金の振込先銀行 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。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																						
						令和 年 月 日																											

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 必要事項に黒のボールペンでご記入ください。
- ・ 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。
- ・ 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