

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)												
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												-					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 ( )		○業務上・外、第三者行為の有無																		
昭・平・令 年 月 日生								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															
			右 上 肢 円×		回=		円		※施術管理者以外が施術した場合に記入															
			左 上 肢 円×		回=		円		施術者氏名 _____															
			右 下 肢 円×		回=		円		施術日 . . . 日															
			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													
	温 罨 法		円×		回=		円		往療日 . . . 日															
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×		回=		円		往療を必要とした理由															
	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																		
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		被保険者 住 所		〒 -		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。																							
	被 保 険 者 住 所		氏 名		令和 年 月 日																			
	(請 求 者)		氏 名																					
	委任された方の 住 所		氏 名																					
(事 業 主)		氏 名																						
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. 03-5834-3180