

記入例

療養費支給申請書 (1 年 5 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 1 1 0 1 - 2 1 1 1								○発病又は負傷年月日 昭・平・令 1 年 5 月 1 日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 医師の同意書と同じ傷病名を記入してください。			
	施術を受けた者の氏名 健保 花子		(フリガナ) ケンボ ハナコ		続柄 男 本人 女 2. 配偶者		○発症又は負傷の原因及びその経過 具体的に記入してください		○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		○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		○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		○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 平・令 年 月 日		施術期間 自・平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日				実日数 日		請求区分 新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医							
	傷又は症状		マッサージ		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			
	手矯正術		円×		肢×		回=		円		往療日 . . . 日		往療を必要とした理由			
	電 法		円×				回=		円		往療を必要とした理由					
	電気光線器具		円×				回=		円		往療を必要とした理由					
	4 km まで		円×				回=		円		往療を必要とした理由					
	4 km 超		円×				回=		円		往療を必要とした理由					
	書交付料 (年 月分)		円×				回=		円		往療を必要とした理由					
	計								円		往療を必要とした理由					
	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													
令和 年 月 日		免許登録番号		あんまマッサージ指圧師		保健所登録区分		所在地		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		電話				
令和 1 年 6 月 10 日		F U J I 健康保険組合理事長 殿		被保険者 (請求者) 氏名 健保 太郎		住所 知立市山屋敷町 1-1		〒 444-0018		電話 0566-82-8222						
預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名 三菱UFJ		銀行 金庫 農協		支店名 知立		本店 支店 出張所		口座番号		1 2 3 4 5 6 7				
同意医師の氏名 加藤 太郎		住 所 知立市山屋敷町 10-5		同意年月日 平・令 31 年 4 月 2 日		傷 病 名		要加療期間		医師の同意書と同じ傷病名を記入してください。						

施術者証明欄

<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

※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