

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

**注意事項**

◎ 暦月ごとに一枚の申請書に記入して下さい。  
 ◎ 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下さい。  
 ◎ 該当する場合は添付 □ 医師の同意書(原本) □ 施術報告書(写) □ 往療状況確認表 □ 一年以上・月十六回以上施術継続理由・状態記入書  
 ◎ 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。  
 ◎ 「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。  
 ◎ 「同意記録」は、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」に記入して下さい。

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	-				
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の減員及びその経過	
		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	
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	
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 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	※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 _____
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	変形徒手矯手術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 _____ 往療を必要とした理由 ( )
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			
施術報告書交付料	円×	回=	円			
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		
	年 月 日	所在地	施術所名 施術管理者名			
免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師				

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。				
	日本ペイント健康保険組合理事長 殿	住所	氏名	電話	
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
委 任 状	上記請求金額の受領を 年 月 日 に委任する。 被保険者氏名				
領 収 書	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名				
振込希望銀行名	銀行	支店	普通	当座	口座番号( ) 口座氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

日本ペイント健康保険組合