

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 | | | | | | | |
| | (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 ※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 | | | | | | |
| 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 4kmまで | 円× | | 回＝ | 円 | 往療を必要とした理由 | | | | | | |
| 往療料 4km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 | | 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 | | | | |
| | 静岡県農業団体健康保険組合理事長 殿 | | 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 | | |
| 電話 | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---------|-------|-------|----|-----|
| 支 払 機 関 欄 | 支払区分 | 預金の種類 | 金融機関名 | 銀行 | 本店 |
| | 1. 振 込 | 1. 普通 | 2. 当座 | 金庫 | 支店 |
| | 2. 銀行送金 | 3. 通知 | 4. 別段 | 農協 | 出張所 |
| 3. 郵便局送金 | 4. 当地払 | | | | 郵便局 |
| 口座名義 (カタカナで記入) | | 口座番号 | | | |

| | | | | | |
|------------------|---------|-----|----------|-------|-------|
| 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>

- ・ 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。
- ・ 当健保は申請者(被保険者)が事前に登録している口座以外に給付金を支払いませんので「支払機関欄」は記入しないでください。
- ・ 「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 → 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