

健康保険 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号		フリガナ			続柄	
	記号	番号	施術を受けた者	氏名	男・女		
				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		発症または負傷の原因及び経過		業務上・外、第三者行為の有無		
					1 業務上 2 第三者行為 3 その他		
	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
				年 月 日			
	以下のとおり療養費の支給を申請します。 年 月 日 大阪鉄商健康保険組合理事長 様 被保険者 住所 (請求者) 氏名 電話番号 - -						
	振込口座	※被保険者名義の口座をご記入ください。(ご家族の口座に振込する場合は、別途委任状が必要です。)					
	金融機関コード	銀行	本店	普通			口座名義 (カナで記入)
	金庫	支店	当座				
	農協	出張所					
	支店コード						

施 術 者 ( 施 術 管 理 者 ) 記 入 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		日	新規・継続 転帰	
	傷病名又は症状				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をした場合 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	
	変形徒手矯正術	円×	回=	円	※往療をした場合 往療を必要とした理由	
	温電法	円×	回=	円		
温電法・電気光線器具	円×	回=	円			
往療料	4 k m まで	円×	回=	円		
	4 k m 以上	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				
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	施術所所在地					
免許登録番号	施術所名					
	施術管理者氏名					
	電話番号	- -				

- この申請書は暦月単位で作成し、施術に要した費用の「領収書」(原本)を添付して下さい。
- 申請にあたっては、当該疾病の診察をしている医師の「同意書」(原本)を添付して下さい。ただし、以下の期間は、「同意記録欄」を記入することで添付を省略できます。(月単位) ※変形徒手矯正術を受療している場合は省略できません。
  - ◆同意日が月の15日以前の場合→同意月の翌月から5ヶ月
  - ◆同意日が月の16日以降→同意月の翌月から6ヶ月
- 「施術者(施術管理者)記入欄」は、施術所へ記入を依頼して下さい。
- 以下に該当する場合は、必要書類を施術所に依頼の上、添付して下さい。
  - ・施術報告書交付料を算定している場合→**施術報告書(写)**
  - ・往療を受けている場合→**往療状況確認表**
  - ・初療から1年以上経過し、かつ、月16回以上施術をしている場合→**1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**