

療養費支給申請書 (令和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 〇〇〇 - 〇〇〇〇		○発病又は負傷年月日 平成30年11月5日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 筋麻痺	
	(フリガナ) ケンコウ ヨシコ		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 健康 良子		男・女 女		脳梗塞後遺症による	
	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日生		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 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	
	平成30年11月5日	自・令和1年5月9日～至・令和1年5月28日		3日	新規・ <u>継続</u>	
	傷病名又は症状	脳梗塞後遺症、筋麻痺 (右上下肢)			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 340	円×	3	1,020	
		左上肢	円×			
		右下肢 340	円×	3	1,020	
		左下肢	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 往療日 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 4kmまで	円×		回=	円	
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				2,040	円	

施 術 証 明 欄	施術日 通院○ 往療◎	5月	1 2 3 4 5 6 7 8 <u>9</u> 10 11 12 13 14 15 16 17 <u>18</u> 19 20 21 22 23 24 25 26 27 <u>28</u> 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。 令和1年5月28日 免許登録番号 ×××××××××× あん摩マッサージ指圧師		保健所登録区分 所在地 東京都〇〇区〇〇1-1-1 施術所名 △△マッサージ院 施術管理者名 按摩 次郎 <u>按摩</u> 電話 03-111-1111
			1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地

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1年5月30日		〒〇〇〇 - 〇〇〇
	昭和シェル健康保険組合理事長 殿		被保険者 住所 東京都 △△区 △△ 2-2 (請求者) 氏名 健康 太郎 <u>健康</u> 電話 03-222-2222

支 払 機 関 欄	支払区分 <u>1</u> 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	預金の種類 <u>1</u> 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	金融機関名 <u>銀行</u> 本店 金庫 ◎◎支店 農協 出張所
	口座名義 カタカナで記入 ケンコウ タロウ	口座番号	0 0 7 7 7 7 7 7

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
	同意 次郎	東京都 〇〇区 △△3-3	令和1年5月7日	脳梗塞後遺症	

<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