

療養費支給申請書（令和 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			
	(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 ()	
昭・平 年 月 日生				○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	
	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
		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	施術管理者名	☎ 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	被保険者 住 所	
	昭和シェル健康保険組合理事長 殿	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 2. 銀行送金	1. 普通 2. 当座		金庫 支店
	3. 郵便局送金 4. 当地払	3. 通知 4. 別段		農協 出張所
	□ 座 名 義 カタカナで記入	□ 座 番 号		郵便局

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。
- ・ 「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