

※請求の時効は2年です
 ※治療内容の確認の為、支払いに
 半年ほどかかる場合があります
 (年 月 日 施術分)

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ・指圧用)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号-番号	被保険者氏名 (裏面を全て確認の上、請求します)		連絡先		
	20 - 0000000	日清 健太		自宅	03-0000-0000	
	所属	照会等の同意		勤務先	03-0000-0000 (内線 0000)	
	受療者氏名	私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、医療機関等の関係機関、又は他の関係する保険者等に必要情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。				
	日清 保子	令和 年 月 日 被保険者氏名	日清 健太			
	受療者住所	続柄	年齢	生年月日	発症・負傷年月日	
	〒 000-0000 東京都中央区日本橋〇丁目〇番地	妻	43	昭・平 年 月 日	年 月 日	
	傷病名	傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください				
	腰痛症	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)				
	第三者行為又は業務上による傷病ですか?	医療助成受給者ですか?		施術に要した費用		
<input type="checkbox"/> はい ⇒ 申請前に健保組合までお問い合わせください <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他		※月単位(1日～月末までの合計金額) 円			

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入)	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 (症 状)				転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円	摘 要
		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	
	温罨法・電気光線器具		円 ×	回 =	円	
	往療	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 日)		円 ×	回 =	円	
合計					円	
施術日:通院〇 往療◎ (月 日 施術分)						
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						
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。				保健所登録区分	1.施術所所在地 2.出張専用施術者所在地	
令和 年 月 日		所在地				
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号		施術所名				
()		氏 名		☎ 電話		
同意記録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
			令和 年 月 日			

【提出方法】本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保

【添付書類】・医師の同意書(原本もしくは写し)※1※2 ・施術に要した費用の領収書(原本) ・施術報告書(写し)※3

【注意事項】※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付

※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付

支 給 額		支 給 決 議 書				決定	令和 年 月 日
		常務理事	事務長	給付	支出	支払	令和 年 月 日
支給 期間	年 月 日	資格取得	昭・平・令 年 月 日				
	年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日				