

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 ()		○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																							
	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		※ <u>施術管理者以外が施術した場合に記入</u> 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		※ <u>往療を必要とした場合に記入</u> 往 療 日 . . . 日 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 km まで				円×		回＝		円																															
	往療料 4 km 超				円×		回＝		円																															
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)				円×		回＝		円		往療を必要とした理由																														
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。 令和 年 月 日										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																									
	免許登録番号										所在地																													
	あん摩マッサージ指圧師										施術所名																													
											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																																							
	神戸貿易健康保険組合理事長 様																被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 電話																							
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込								預金の種類 1. 普通 2. 当座								金融機関名								銀行 本店 金庫 支店 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 → 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

お問い合わせ先 神戸貿易健康保険組合 TEL. 078-251-0800