

被保険者
家族

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	○被保険者証の記号番号				○事業所名									
	フリガナ				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)				○発病又は負傷年月日					
	氏名				年 月 日									
	性別		男 女		枝番		○業務上・外、第三者行為の有無				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	生年月日		昭 平 令		年 月 日		1. 業務上		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		年 月 日 ~ 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		摘 要	
			右上肢		円×		回=		円		※施術管理者以外が施術した場合に記入	
			左上肢		円×		回=		円		施術者氏名	
			右下肢		円×		回=		円		施術日	
			左下肢		円×		回=		円			
	温 罨 法 (加算)				円×		回=		円			

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				施術所名				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 〒 -				首都圏デジタル産業 健康保険組合理事長 殿				被保険者 住所 (申請者) 氏名 電話			

振 込 先	<input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。(希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください)											
	※公金受取口座はマイナポータル等で登録・変更できます。口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。											

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				年 月 日					

<申請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。
・「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。
※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。
<支給方法>
・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。
<その他添付書類(該当する場合)>
医師の同意書 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

被保険者
家族

療養費支給申請書

(令和〇〇年〇〇月分)

(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号番号				○事業所名								
	9999 — 9999				㈱健保企画								
	フリガナ		ケンボ ハナコ		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			○発病又は負傷年月日					
	氏名		健保 花子		脳出血による右片麻痺			令和〇〇年〇〇月〇〇日					
	性別		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>		枝番		01		○業務上・外、第三者行為の有無			○発症又は負傷の原因及びその経過	
生年月日		昭平令		〇〇年〇〇月〇〇日		1. 業務上 <input type="radio"/> 3. その他 <input checked="" type="radio"/>			脳出血により発症				
						2. 第三者行為である							

施 術 内 容 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	
	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		摘 要	
			右上肢		円×		回=		円		※施術管理者以外が施術した場合に記入	
			左上肢		円×		回=		円		施術者氏名	
			右下肢		円×		回=		円		施術日	
			左下肢		円×		回=		円			
	温 罨 法 (加算)				円×		回=		円			
温罨法・電気光線器具 (加算)				円×		回=		円				
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢		円×		回=		円				
		左上肢		円×		回=		円				
		右下肢		円×		回=		円				
		左下肢		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								円				

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 健保太郎 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。										
	令和〇〇年〇〇月〇〇日				〒 220 - 0004						
首都圏デジタル産業 健康保険組合理事長 殿				被保険者 (申請者) 氏名		住所 横浜市西区北幸〇-〇〇-〇〇				電話 090-0000-0000	

振 込 先	<input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。(希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) ※公金受取口座はマイナポータル等で登録・変更できます。口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。									
-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	
	医師 五郎		横浜市西区南幸〇-〇〇-〇〇		令和〇〇年〇〇月〇〇日		右片麻痺			

<申請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。
- ・「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。

※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。

<支給方法>

- ・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
- 健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書 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