

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）							
	—		令和 年 年 年									
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過							
		男・女	1. 被保険者		○業務上・外、第三者行為の有無							
	昭・平・令 年 月 日		2. 被扶養者		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				
	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					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				
	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 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									
	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		施 術 所		所 在 地								
登録記号番号		名 称		氏 名		電話番号 ()						
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								
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。				〒 —		電話番号 ()					
	令和 年 月 日		申請者 住所		氏名							
川口工業健康保険組合理事長 殿												
勤務する事業所の名称												
委 任 欄	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）											
	事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額を受取り方の件を委任いたします。											
		被保険者（申請者）氏名										
※退職後等の請求で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。												
<記入にあたっての注意事項>												
<ul style="list-style-type: none"> 申請書は暦月を単位として作成してください。 日付は和暦で記入してください。 二重線内（「施術内容欄」、施術証明欄、「同意記録」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。 												
<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）>												
<input type="checkbox"/> 医師の同意書（原本） <input type="checkbox"/> 施術報告書（写し） <input type="checkbox"/> 往療状況確認表 <input type="checkbox"/> 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書												

