

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(あんま・マッサージ用)

1/2
被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号・番号	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ <input type="text"/>			電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>				

振込先指定口座	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他)	(本店) (支店) (本所) (出張所) (支所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義 (カタカナ)	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人

受取代理人欄	被保険者氏名	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和 年 月 日
	代理人の情報	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	氏名	電話番号	委任者と代理人の関係		

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)			
	家族の場合はその方の	【氏名】	【続柄】	【生年月日】	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	傷病名				発症または負傷年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	発症・負傷の原因・状況	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> 業務外 【発症・負傷の原因】()			
	診療を受けた医療機関の情報	名称	所在地	施術者の氏名	
	施術を受けた期間	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	まで
10割負担した領収書の金額		円			

【添付書類】

- ① 施術に要した費用の領収書(原本)
- ② (初回請求の場合) 医師の同意書(原本)

※同意年月日から6ヶ月以内に複数回申請される場合は、初回の医師の同意書(原本)をコピーして保管し、2回目以降はコピーを添付してください。
 ※6か月を超えて引き続き施術を受ける場合、医師の再同意の同意書(原本)・施術者が医師へ提出した施術報告書のコピーを添付してください。
 (変形性徒手矯正術は1ヵ月)
 ※初回施術から1年以上経過して、1ヵ月の施術回数が16回以上の方は、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付してください。

【注意事項】

※発病または負傷の原因が業務上・通勤途中の事故による場合は、労災保険給付に該当するため、健康保険組合から療養費は支給されません。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

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	○被保険者の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																										
					年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ)				続柄				○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																										
									○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																										
昭・平・令 年 月 日生																																			
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																						
	傷病名及び症状												転 帰 継続・治癒・中止・転医																						
	マッサージ (施術料)				同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																								
					施術回数	回	回	回	回	回																									
	通所				円×				回=				円																						
	訪問施術料 1				円×				回=				円																						
	訪問施術料 2				円×				回=				円																						
	訪問施術料 3 (3人～9人)				円×				回=				円																						
	訪問施術料 3 (10人以上)				円×				回=				円																						
	温 電 法 (加算)				円×				回=				円																						
	温電法・電気光線器具 (加算)				円×				回=				円																						
変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可				同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
				施術回数	回	回	回	回																											
円×				回=				円																											
特別地域 (加算)				円×				回=				円																							
往 療 料				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 訪問1①				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	
通所 訪問2②																																			
往療 訪問3③																																			
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																			
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												千 一																						
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。												千 一																						
	令和 年 月 日												住所				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				1. 普通								金庫 支店																						
	2. 銀行送金				2. 当座								農協 出張所																						
3. 郵便局送金				3. 通知																															
4. 当地払																																			
口座名義カタカナで記入				口座番号								郵便局																							
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名																						
									令和 年 月 日																										
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 住所 代理人 氏名																																			

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。