

療養費支給申請書 (年 月分)(あん摩・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)	
	-		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 ()	
昭・平・令 年 月 日生				○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	
	年 月 日		自・ 年 月 日 ~ 至・ 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 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				
	変 形 徒 手 矯 正 術		円 × 肢 × 回 = 円	往療を必要とした場合に記入				
	温 電 法		円 × 回 = 円	往療日 . . . 日				
	温電法・電気光線器具		円 × 回 = 円	往療を必要とした理由				
	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	
	年 月 日		所在地			
	免許登録番号		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。		年 月 日		〒 -	
	酒フーズ健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所		(請求者) 氏 名 電話	

支 払 機 関 欄	金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		預金の種類 1. 普通 2. 当座	
	口 座 番 号		口 座 名 義 カタカナで記入			

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					

< 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。

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

問い合わせ先

酒フーズ健康保険組合 給付課

TEL. 03-3552-4005

2021年4月版