

健康保険被扶養者療養費支給申請書 (令和 年 月分) あんま・マッサージ用

被扶養者欄	被保険者 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)	
	—		昭・平・令 年 月 日			
	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		業務上・外、第三者行為の有無		
昭・平・令 年 月 日生		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						
	平・令 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	摘 要 ※施術管理表以外に施術した場合に記入 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	※往療を必要とした場合に記入 往療日 _____ 日					
	温 罨 法	円×	回=	円							
	温罨法・電気光線器具	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	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。		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	あん摩マッサージ指圧師	施術所名		
			施術者名	☎ 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	被保険者住所		
	静岡県中部機械工業健康保険組合理事長 殿		氏名	—
		電話	—	

同意記録欄	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		

受領委任欄	本申請に基づく給付金の受領を 事業所名称 _____		受付日付印
	氏 名 _____ に委任します。		
	令和 年 月 日 被 保 険 者 (委 任 者) _____		

<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。
- ・「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

静岡県中部機械工業健康保険組合