

## 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

平成 XX 年 XX 月分

ダイフク健康保険組合 殿

提出日 平成 XX 年 XX 月 XX 日

下記のとおり、申請します。

被保険者氏名 健保 太郎

## 【被保険者の記入欄】

被保険者証の 記号・番号	11 - 234567	事業所名	株式会社ダイフク
被保険者の 氏名	健保 太郎	被保険者の 生年月日・年齢	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳) 平成
被保険者の 住所	(〒XXX - XXXX) 〇〇県〇〇市△△町1	(電話番号 XXXX - XX - XXXX)	
療養を受けた者の 氏名・続柄	健保 愛子 被保険者との続柄 (妻)	療養を受けた者の 生年月日・年齢	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳) 平成
傷病名	神経麻痺	発病または負傷の原因 とその経過	脳梗塞後、神経麻痺が残った。かかりつけ 医師に治療上必要とのことで指示を受け た。
発病または 負傷の年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日		
業務上の負傷ですか	はい・いいえ	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
振込希望銀行 被保険者、または受取代理人 名義のものを記入	〇× 銀行 〇× 支店 普通・口座番号 1234567 口座名義 (カナ) ケンポ タロウ		
受 取 代 理 人 の 欄	この欄は、給付金の受取りを代理人に委託する場合のみ記入ください。 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者との関係 被保険者 (申請者) 被保険者の住所 代理人の 代理人の 氏名と印 住所・電話		

## 【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	平成 年 月 日	自:平成 年 月 日~至:平成 年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名及び症状詳細			転帰 継続・治癒・中止	
	マッサージ	躯幹	円× 回 = 円	摘 要 *往療を必要とした理由、往療料の距離計算が判断できる明細、その他施術に関する特記事項等を記入ください。	
		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			
	温罨法	円× 回 = 円			
温罨法・電気光線器具	円× 回 = 円				
往療料	2 kmまで 円× 回 = 円 加算 ( km) 円× 回 = 円				
費用額合計 円					
施術日 通院○ 往療◎	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。 平成 年 月 日	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		
	住所 免許登録番号 あんま・マッサージ、指圧師	施術所名称 氏名 電話番号 ( )	(印)		
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
	電話番号 ( )				

## 【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）  
「医師の同意書」原本

※変形徒手矯正術は、医療上1ヶ月を超えて行う必要がある場合、改めて同意書の添付を要する

## 【注意事項】

- ・暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- ・病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- ・初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- ・初療の日から3ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。