

療養費【あんま・マッサージ】支給申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

令和 年 月 日提出

《 令和 年 月分 》

被保険者が記入するところ	被保険者名 フリガナ	生年月日 (才)	記号	番号
	本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します		昭平令 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。			
	現住所 〒	TEL	事業所名	
	申請が被扶養者に関する場合はその氏名 フリガナ	生年月日 (才)	被保険者との続柄	
	昭平令 年 月 日			
傷病名	発病又は負傷の年月日		第三者行為によるものか	
	昭和 平成 令和 年 月 日		はい・いいえ	
発病または負傷の原因およびその経過			金額	
			円	
施術所名称	施術所所在地			

あんま・マッサージ師が記入するところ ※ 施術所発行の「療養費支給申請書」添付でも可	施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	日	新規・継続		
		傷病名	傷病名または症状詳細			転帰	継続・治癒・中止・転医
		マッサージ	躯体	円×	回=	円	摘要 往療が行われた場合、往療を必要とした理由を記入
			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	4Kmまで	円×	回=	円	
			4Km超	円×	回=	円	
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円	
		費用額計		円×	回=	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	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	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。平成 年 月 日					
	免許登録番号	住所	TEL				
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		
			令和 年 月 日				

【注意事項】

- 提出先は、勤務先健康保険担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
- はじめてかかった時の請求および6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、医師の同意が必要です。
※ 必ず、保険医に受診のうえ、文書で「医師の同意書」の交付を受け添付してください。
- 施術報告書交付料を請求する場合には、施術報告書の写しを添付してください。
- 施術を受けるごとに発行される領収書をすべて添付してください。
※ 受診者名が記載されている領収書原本 レシート不可
- 当申請書に、マイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--