

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							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						
	平成 令和 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 継続・治癒・中止・転医						
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外の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					
	温 罨 法			円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入					
温罨法・電気光線器具			円×	回=	円	往療日 日						
往療料 4kmまで			円×	回=	円	往療を必要とした理由						
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							
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。 令和 年 月 日		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	免許登録番号		所在地		
			施術所名		
			あん摩マッサージ指圧師 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。 令和 年 月 日				
	村田製作所健康保険組合理事長 殿		被保険者 住所 (請求者)	〒 -	☎ 電話

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
			平成 令和 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。
 ・ 「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 → 健康保険組合
 ※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