

記入見本

被保険者 療養費支給申請書 (R1年5月分) (あんま・マッサージ用)
被扶養者

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)	
	1 - 987654		R1年 5月 3日		関節拘縮	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		健保 太郎	①本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ()	脳梗塞の後遺症		
○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				
⑤・H・R 57年 5月 10日生						

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	H・R 年 月 日	自:H・R 年 月 日	～至:H・R 年 月 日	日	新 規 ・ 継 続	
マ ッ サ ー ジ	傷 病 名 又 は 症 状				転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
		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	
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円
		温 温療法・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		
	合 計				円	

施術所(施術管理者)へ記入いただくよう依頼して下さい

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	電話
			施術管理者名	

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、支給金額の受領を事業主に委任します。			
	令和 1年 6月 1日	〒123-4567		
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名
	三菱 一郎	〇〇県〇〇市〇〇町9-8-7	R1年 5月 5日	関節拘縮
				要加療期間
				1年

<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。

<添付書類>※①は必須、②～⑤は該当する場合のみ添付

- ① 施術に要した費用の領収書 (原本)
② 医師の同意書 (原本) ③ 施術報告書 (写し) ④ 往療状況確認表 ⑤ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

健 保 記 入 枠	支給決定額	常務理事	事務長	担 当	健保受付
	円 × 0.7 0.8 = _____ 円				