

給付支給決定並びに支給伺い				同 年 月 日	.	.
常務理事	事務長	担当者	支給額	決裁年月日	.	.
				取得年月日	.	.
				喪失年月日	.	.

療養費支給申請書 (令1年 6月分) (あんま・マッサージ・指圧用)

令和 年 月 日請求

被 保 険 者 記 入 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 2 3 - 4 5 6 7		平・令 ○年 ○月 ○日		関節拘縮	
	(フリガナ) ケンボハナコ		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 健保花子		男 女 1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( )		不詳、経過観察中	
	昭・平・令 58年 6月 19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	
下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 1年 7月 9日 〒651-2271 被保険者 住 所 神戸市西区高塚台7丁目3-3 ナブテスコグループ 健康保険組合理事長 殿 氏 名 健保太郎 印 電話 078-996-3700						
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名		
	〇〇〇〇	神戸市西区高塚台	H31年4月4日	関節拘縮		
	要加療期間	H31年4月4日 ~ R1年6月3日				

施 術 内 容 欄	治療年月日	施術期間	実日数	請求区分		
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	新規・継続 転 帰		
傷病名又は症状				継続・治癒・中止・転医		
マ ッ サ ー ジ	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		
温電法	円×	回=	円	※治療を必要とした場合に記入		
温電法・電気光線器具				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		所在地			
	あん摩マッサージ指圧師		施術者名	印 電話		

施術所・あんまマッサージ指圧師に  
 施術内容、施術証明の  
 記入を依頼してください

<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(原本) □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(原本)