

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 (年 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)		
	-		平・令 年 月 日				
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
		男 ・ 女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ()	○業務上・外、第三者行為の有無			
		昭・平・令 年 月 日生		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 年 月 日 千 一 被保険者 住 所 ナブテスコグループ (請求者) 健康保険組合理事長 殿 氏 名 ㊤ 電話							
同意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名			
			年 月 日				
	要加療期間	～					

施 術 内 容 欄	初療年月日	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								
	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 ※施術管理者以外が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	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日							
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										
往療料 4km超	円×	回＝	円	往療を必要とした理由									
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			施術所名	施 術 者 名 ㊤ 電話								

<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、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)