

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 | | | |
| | (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 | |
| | 年 月 日 | | 自・ 年 月 日～至・ 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 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 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 | |
| | 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 4 kmまで | | 円× | | 回= 円 | | 往療を必要とした理由 | |
| | 往療料 4 km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。 | | 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 | |
| | | | | | 施術者名 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。 | | 年 月 日 | | 〒 - | |
| | コムシスホールディングス健康保険組合理事長 殿 | | 被保険者 (請求者) | | 住 所 氏 名 電話 | |

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| 支 払 機 関 欄 | ・銀行送金 ※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので記入不要です。 | | 預金の種類 1. 普通 2. 当座 | | 金融機関名 銀行 店 | |
| | 口座名義 カタカナで記入 | | | | 口座番号 | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|--|-----|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| 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 | |
| | | | | | 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。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「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