

被保険者
家族

療養費支給申請書

(あん摩・マッサージ・指圧用)

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者証 の 記号・番号	記号 番号		②	被保険者 氏 名 生年月日	生年月日	昭・平・令	年	月	日	印								
	③	被保険者の 現 住 所	〒 ー 電話 ()																	
	④	事業所名称																		
	⑤	被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。																		
		氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	被保険者 との続柄											
	⑥	傷 病 名																		
	⑦	発病または 負傷年月日	令和 年 月 日																	
	⑧	発病または 負傷の原因 (詳細に記入)	い つ . . .																	
			ど こ で . . .																	
			どのように . . .																	
	⑨	第三者によるものですか	はい . いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。																	
	⑩	業務中に発生したものですか	はい . いいえ																	
	⑪	施術を受けた 施 術 所	名 称																	
			所在地																	
	⑫	施術を受けた日 (○を付けてください)	年	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 【 日間】															
※ 暦月単位で1月に1枚の申請書が必要です。																				
⑬	再同意方法 (同意書がない場合)	☐ 受療者	・電話 (月 日) ・診療日に口頭 (月 日) で同意を得た。																	
		☐ 家 族																		
		☐ あん摩師	・電話 (月 日) ・文書 (月 日) で同意を得た。																	
		☐ マッサージ師 ☐ 指圧師																		
※ 同意医師へ確認させていただくこともございますので、正確にご記入ください。																				
上記 (または添付) 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。 住 所 〒																				
令和 年 月 日																				
氏 名 印 電話																				
東海放送健康保険組合 理事長 殿 (申請者 自署)																				

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は□にチェックする)

記 金 入 銭 の 受 領 を 委 任 す る と き に	本申請に基づく 給付金の受領を下記の者に委任します。
	令和 年 月 日 被保険者 (申請者)
	氏 名 _____ 印
	委任された者の 事業所名 住 所 氏 名 _____ 印

施 術 内 容 証 明 書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

(令和 年 月分)

東海放送健康保険組合

あ ん 摩 ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	①	被保険者 の 記号・番号	記号 番号		②	受療者 の 氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	本人 家族
	③ 施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間						実日数	請求区分	
		年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日						日	新規・継続	
		傷 病 名										転 帰
												継続・治癒 中止・転医
		マッサージ		躯 幹	円 ×	回 =	円	適 用				
				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						
		温電法 (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									
④ 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 施設の所在地 あん摩 マッサージ 指圧師 名 称 氏 名 印 電 話 あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号 ()											
	同意医師氏名	住 所		同意年月日		傷 病 名		要 加 療 期 間				
⑤ 同 意 記 録				年 月 日								
	再同意医師氏名	住 所		同意年月日		傷 病 名		要 加 療 期 間				
				年 月 日								

【添付書類】 ●領収書 (原本) ●医師の同意書 (原本)
(初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対して有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。但し、変形徒手矯正術は1か月毎に同意書が必要です。)

【注意事項】 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復 (疲れ・腰痛・肩こり) や疾病予防のマッサージ等は支給対象になりません。