

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 〇 年 〇 月 〇 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	000 9999	②	被保険者 氏 名 生年月日	東海 太郎										東海
	③	被保険者の 現 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市〇〇区〇〇町 〇丁目 〇番 〇号														
	④	事業所名称	〇〇株式会社														
	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	〇〇部筋麻痺														
	⑦	発病または 負傷年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日														
	⑧	発病または 負傷の原因 (詳細に記入)	い つ . . . 〇月 〇日														
			ど こ で . . . 自宅で														
			どのように . . . しびれを感じ、〇〇医院を受診したが、回復せず。														
	⑨	第三者によるものですか		はい . . . いいえ													
	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	〇〇治療院													
			所在地	名古屋市〇〇区〇〇 〇丁目 〇番〇号													
	⑫	施術を受けた日 (〇を付けてください)		〇 年 〇 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	【 3 日間】										
⑬	再同意方法 (同意書がない場合)	☐ 受療者	・電話 (月 日)														
		☐ 家 族	・診療日に口頭 (月 日) で同意を得た。														
		☐ あん摩師	・電話 (月 日)														
		☒ マッサージ師	・文書 (〇 月 〇 日) で同意を得た。														
⑬	☐ 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 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市〇〇区〇〇町 〇丁目 〇番 〇号																	
令和 〇 年 〇 月 〇 日																	
氏 名 東海 太郎 東海印 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇																	
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。(委任する場合は口にチェックする)																	
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 〇 年 〇 月 〇 日																
	被保険者 (申請者)																
	氏 名 東海 太郎 東海																
	委任された者の 事業所名 (各事業所の健康保険担当者に、記入・押印をご依頼ください) 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											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 ()																
⑤ 同 意 記 録	同意医師氏名	住 所	同意年月日		傷 病 名		要 加 療 期 間										
			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。