

療養費支給申請書 (本人・家族) 令和 年 月 分 (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者  (本人) 記 入 欄	被保険者証の記号と番号		発病又は負傷年月日		傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	-		令和 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		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	1.本人 2.配偶者 3.子 4.( )	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		
振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。④口座情報の反映には登録から数日を要します (利用する場合はチェック☑してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。)					
	銀行 信金 その他( ) 支店 フリガナ 普通預金 口座番号 口座名義人(被保険者)					
この申請書記載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 住所 被保険者 氏名 ツカモトグループ健康保険組合理事長 殿 (請求者) 平日昼間の連絡先電話番号( - - )						

施 術 内 容  記 入 欄	被保険者証の記号番号	-	施術を受けた者の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	自:令和 年 月 日 ~ 至:令和 年 月 日	実日数	請求区分	
	傷病名又は症状				転帰	新規・継続	
	マッサージ	軀幹	円 ×	回 =	円	※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	摘要
		右上肢	円 ×	回 =	円		
		左上肢	円 ×	回 =	円		
		右下肢	円 ×	回 =	円		
		左下肢	円 ×	回 =	円		
	温電法(加算)	円 ×	回 =	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 ・ ・ ・ ・ 日 往療を必要とした理由		
	温電法・電気光線器具(加算)	円 ×	回 =	円			
変形徒手矯正術 (加算)	右上肢	円 ×	回 =	円			
	左上肢	円 ×	回 =	円			
※温電法との併施は不可	右下肢	円 ×	回 =	円	往療を必要とした理由		
左下肢	円 ×	回 =	円				
往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円			
	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○	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					
往療◎	月						
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. 出張専門施術者所在地			
	令和 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		
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		
		電話番号 ( )	令和 年 月 日				

記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。二重線の近くに証明者による署名(フルネーム)又は押印をお願いします。

- 添付書類
- \* 「施術に要した費用の領収書」原本(10割を支払った領収書、宛名は施術を受けた人の氏名、領収印があるもの)
  - \* 初回は「主治医の同意書」原本
  - \* その他の添付書類(往療が行われた場合など)については、支給申請案内をご覧ください。

