

# 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	被保険者等の記号と番号				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				3.子		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				
						4.( )						
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( )				フリガナ				支店		
		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 _____ ツカモトグループ健康保険組合理事長 殿 被保険者 (請求者) 氏名 _____ 平日昼間の連絡先電話番号( - - )												

施 術 者 記 入 欄	被保険者等の記号番号		—		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				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		躯幹		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						
	温罨法(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 _____						
温罨法・電気光線器具(加算)		円 ×		回 =		円									
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢		円 ×		回 =		円							
		左上肢		円 ×		回 =		円							
		右下肢		円 ×		回 =		円							
		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○ 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  免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師				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							
						所在地 _____									
						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	
										令和 年 月 日					
		電話番号 ( )								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。