

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																													
	施　術　を 受　け　た　者 の　氏　名										(フリガナ)					続　　柄 男・女					○発症又は負傷の原因及びその経過																			
																					○業務上・外、第三者行為の有無																			
										昭・平　　年　　月　　日生					1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 （　　）					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														
	平成　　年　　月　　日										自・平成　　年　　月　　日～至・平成　　年　　月　　日										日					新　規　・　継　続														
	傷　病　名　又　は　症　状																									転　　　　　　帰														
	マ　ッ　サ　ー　ジ										軀　幹										円×					回＝					円					摘　　　　要				
											右上肢										円×					回＝					円					※施術管理者以外が施術した場合に記入				
											左上肢										円×					回＝					円					施術者氏名				
											右下肢										円×					回＝					円					施術日　　・　　・　　日				
											左下肢										円×					回＝					円									
	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																								
	平成　　年　　月　　日										所在地																													
	免許登録番号										施術所名																													
										施術管理者名															☎　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。																																							
	平成　　年　　月　　日										〒　　－																													
神奈川県建設業健康保険組合理事長　殿										被保険者　住　所 (請求者)　氏　名															☎　電話															
支 払 機 関 欄	預金の種類										金融機関名										銀行					本店					支店番号									
	1.　普通　2.　当座																				金庫					支店					※必ずご記入									
																					農協					出張所					ください。									
□ 座 名 義 カタカナで記入																				□ 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				
																					平成　　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＞被保険者 → 直接 健康保険組合へ提出してください

※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