

療養費支給申請書 (31年 4月分) (あんま・マッサージ用)

施術を受けた方

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)										
	6	6	6	-	3	4	25	年	4	月	1	日	(医師の同意を受けた傷病名を記載)						
	(が) ケンセツ ハナコ				続柄				○発症又は負傷の原因及びその経過										
施術を受けた者の氏名				建設花子				男・女				1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他				(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したかを記載)			
昭平46年10月1日生												○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							

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	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							
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日						
	温罨法	円×	回=	円								
温罨法・電気光線器具	円×	回=	円									
往療料 4kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由								
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										
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						
あん摩マッサージ指圧師				☎ 電話								

施術者記入欄

申	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 31年 4月 30日		〒231-0011		
被保険者記入欄	建設業健康保険組合理事長 殿		住所 横浜市中区太田町2-22		
	被保険者 (請求者)		氏名 建設太郎 ☎電話 045-201-9446		
	預金の種類		金融機関名		支店番号
1. 普通 2. 当座		みずき		※必ずご記入ください。	
口座名義		ケンセツ タロウ		1 1 9	
カタカナで記入		口座番号		3 4 5 6 7	
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日
	健康 一郎		横浜市南区健康町1-1		平成 31年 4月 1日
				傷 病 名	要加療期間
				腰痛症	平成 31年 4月 1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

療養費支給申請書 (31年 4月分) (はり・きゅう用)

施術を受けた方

○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)							
6	6	6	-	3	4	25	年	4	月	1	日	(医師の同意を受けた傷病名を記載)			
(別冊) ケンセツ ハナコ				続柄				○発症又は負傷の原因及びその経過							
施術を受けた者の氏名				建設 花子				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他							
昭・平 46 年 10 月 1 日生								○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							

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				転帰						
	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				帰						
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				継続・治癒・中止・転医						
	初検料				円	摘要					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					※施術管理者以外が施術した場合に記入					
	施術料				円	施術者氏名					
	はり	円×	回=	円	施術日 . . . 日						
	きゅう	円×	回=	円							
はり・きゅう併用	円×	回=	円								
電療料				円	※往療を必要とした場合に記入						
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気刺激器											
往療料 4 km まで				円×	回=	円	往療日 . . . 日				
往療料 4 km 超				円×	回=	円	往療を必要とした理由				
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円×	回=	円					
費用額計						円					
施術日		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									
通院○											
往療◎											

施術者記入欄

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		
	はり師免許登録番号		施術所名		
	きゅう師免許登録番号		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 31 年 4 月 30 日		〒 231- 0011		
	被保険者 建設業健康保険組合理事長 殿		住所 横浜市中区太田町2-22		
被保険者記入欄	氏名 建設 太郎		☎ 電話 045-201-9446		
	請求者				

支払機関欄	預金の種類		金融機関名		本店		支店番号	
	1. 普通 2. 当座		みずき		銀行 本店		※必ずご記入ください。	
					金庫 関内 支店		1 1 9	
同意記録欄	口座名義		口座番号		出張所			
	ケンセツ タロウ		1 2 3 4 5 6 7					
同意記録欄	同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名	
	健康 一郎		横浜市南区健康町1-1		平成31年 4月 1 日		リウマチ	
						要加療期間		
						平成31年 4月1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

お問い合わせ先 神奈川県建設業健康保険組合 業務課 TEL. 045-201-9446 2019年4月版