

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)			
	年 月 日				年 月 日				年 月 日			
	(フリガナ)				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	男 ・ 女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()				○業務上・外、第三者行為の有無			
	昭・平・令 年 月 日生				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・令 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	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 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					
	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。											
	令和 年 月 日				〒 -		被保険者 住 所 神奈川建設業健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏 名 ☎ 電話					
支 払 機 関 欄	預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		支店番号 ※必ずご記入 ください。					
	口座名義 カタカナで記入		口座番号									
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			
					令和 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。
- ・ 「**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

神奈川建設業健康保険組合 業務課

TEL. 045-201-9446

2019年4月版