

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			
	建設花子										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)			
○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～平成 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	※施術管理者以外が施術した場合記入 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								
往療料 4km超	円×	回＝	円								
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回＝	円	往療を必要とした理由							
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					
	あん摩マッサージ指圧師					施術管理者名					
					☎ 電話						

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

被 保 険 者 記 入 欄	建設業健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所	横浜市中央区太田町2-22	
			氏 名	建設 太郎	
			☎ 電話	045-201-9446	
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 関内 支店 農協 出張所	
	口座名義 カタカナで記入		みずき		支店番号 ※必ずご記入 ください。
ケンセツ タロウ		口座番 号	1	2	3
			4	5	6
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		腰痛症	
		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