

療養費支給申請書 (年 月分) (あん摩・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号番号		○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			
	(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. 被保険者 2. 被扶養者		○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							
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 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 ※施術管理者以外に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 (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							
	温 罨 法	円×	回=	円								
温罨法・電気光線器具	円×	回=	円									
往療料 4 kmまで	円×	回=	円									
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	
	年 月 日		所在地		
	免許登録番号		所在地		
	_____ あん摩マッサージ指圧師		施術所名		
		施術管理者名		☎ 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
			年 月 日		

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。				
	年 月 日	〒	—	電話	
勤 務 所 の 事 業 所 名	被保険者 住 所				
	埼玉県機械工業健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏 名				
委 任 状	この給付の受領を上記の事業所に委任します。				
	年 月 日	被保険者 氏 名			

<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。
- ・ 日付は和暦で記入してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」、「施術証明欄」、「同意記録」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、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