

療養費支給申請書 (31年 4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 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		○発病又は負傷年月日 平成〇〇年 〇月 〇日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 脳梗塞					
	(フリガナ) スミトモ ウメコ		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 住友 梅子		男・女 女		体幹機能障害 (関節拘宿)					
○昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日生		○その他 ()		○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31年 3月15日		自・平成31年 4月5日～至・平成31年 4月30日		4日		新規・継続			
	傷病名又は症状		体幹機能障害 (関節拘宿)				転 帰 継続 治療・中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ		あんま・マッサージ師記入欄				摘 要 ※管理業者以外が施術した場合に記入			
	右下肢 285円×		4回= 1,140円				施術者氏名			
	左下肢 285円×		4回= 1,140円				施術日 . . . 日			
	右下肢 285円×		4回= 1,140円							
	左下肢 285円×		4回= 1,140円							
	変形徒手矯正術		円× 肢×		回=		円			
	温 罨 法		円×		回=		円			
温罨法・電気光線器具		110円×		4回=		440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				
合 計						6,140円				
施術日 通院○ 往療◎		4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31年 4月 30日		所在地		東京都新宿区〇〇町××					
	免許登録番号 第111111号		あん摩マッサージ指圧師		施術所名 〇〇治療院 施術管理者名 按摩 雅太郎 電話00-0000-0000					
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。		令和元年 5月 1日		〒〇〇〇-〇〇〇〇					
	住友不動産販売健康保険組合理事長 殿		被保険者 (請求者)		住所 東京都新宿区〇〇町〇〇 氏 名 住友 太郎 電話 00-0000-0000					
支 払 機 関 欄	支払区分 ① 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		預金の種類 ① 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名 けんぽ 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所					
	口座名義 カタカナで記入		スミトモ タロウ		口座番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 郵便局					
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	
	保険 医太郎		東京都新宿区〇〇町△△		平成31年 3月10日		脳梗塞			

<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>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