

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

申請者記入

○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							
(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		○業務上・外、第三者行為の有無					
				昭・平 年 月 日生		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			

施術者記入

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		円×		回=		円	
変形徒手矯正術		円×		回=		円	
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	
合 計						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	
※往療を必要とした場合に記入			
往療日		. . . 日	
往療を必要とした理由			

申請者記入

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		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。

平成 年 月 日

被保険者 住所 〒 -

セイコー健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏名 電話

振込先

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。※口座情報の反映には登録から数日を要します。(利用する場合は。 利用しない場合は下記の欄を記入して下さい。)

銀行・労金・その他		普通・当座		口座番号							
支店		店番号		フリガナ		口座名義					

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	
				平成 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。
- 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