|  |
| --- |
| **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 |  |
| 施術を受けた者の氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 続　柄 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 |
|  | 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　　　　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 |
| 令和　　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 | 躯　幹右上肢左上肢右下肢左下肢 | 円×円×円×円×円× |  　　  |  | 回＝回＝回＝回＝回＝ |  | 円円円円円 | 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 |
|
| 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 |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 往療料　　４㎞まで |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 往療料　　４㎞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　　　日免許登録番号あん摩マッサージ指圧師 | 所在地 |
| 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　　　日セイコー健康保険組合理事長　殿 | 被保険者（請求者） | 住　所　〒　　 －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 |
|  |  | 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。
* 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 |