

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										年 月 日			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. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			
昭・平 年 月 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			

施術者記入

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		軀 幹 円× 回＝ 円 右上肢 円× 回＝ 円 左上肢 円× 回＝ 円 右下肢 円× 回＝ 円 左下肢 円× 回＝ 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	
変 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢× 回＝ 円				※往療を必要とした場合に記入	
温 罨 法		円× 回＝ 円				往療日 . . . 日	
温罨法・電気光線器具		円× 回＝ 円				往療を必要とした理由	
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					

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。 令和 年 月 日 免許登録番号		保健所登録区分 所在地		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
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。 令和 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 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