

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. 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                                |  |
|                       |  |   |    |     |   | 継続・治癒・中止・転医                       |  |
| マッサージ                 |  | 躯幹 円×<br>右上肢 円×<br>左上肢 円×<br>右下肢 円×<br>左下肢 円× | 円× | 回=  | 円 | 摘要                                |  |
| 変形徒手矯正術               |  | 円×  | 肢× | 回=  | 円 | ※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名 _____ |  |
| 温電法                   |  | 円×  |    | 回=  | 円 | ※往療を必要とした場合に記入                    |  |
| 温電法・電気光線器具            |  | 円×  |    | 回=  | 円 | 往療日 . . . 日                       |  |
| 往療料 4kmまで             |  | 円×  |    | 回=  | 円 | 往療を必要とした理由                        |  |
| 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                                 |  |

|                          |             |   |
|--------------------------|-------------|---|
| 施術日<br>通院○<br>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 |
| 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   |
| 平成 年 月 日                 | 所在地         | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地   |
| 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  |

申請者記入

|      |   |             |
|------|---|-------------|
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br>(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 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       |
|      | 店番号   | 口座番号        |
|      | フリガナ  |             |
|      | 支店  | 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       |

<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