

療養費支給申請書 ( ○ 年 △ 月分 ) ( あんま・マッサージ用 )

被保険者の記入するところ	○ 被保険者等の記号・番号		記号 ○○○	番号 12345											
	○ 被保険者氏名		健保 太郎												
	○ 療養を受けた者の氏名 (フリガナ)		○ 続柄	○ 生年月日	○ 業務上・外、第三者行為の有無										
	健保 花子	男・女 女	妻	昭和・平成・令和 ○ 年 △ 月 □ 日生	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ( )										
	○ 傷病名		○ 発病又は負傷年月日		○ 発症又は負傷の原因及びその経過										
筋肉麻痺		昭和・平成・令和 ○ 年 △ 月 □ 日		不詳											
下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 申請者 (被保険者) 住所 ○○県△△市××1-2-3 自署の場合は押印を省略できます															
富士ソフト健康保険組合 殿 氏名 健保 太郎 電話 0123(45)6789															
公金受取口座		※ 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。 ※ 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。 ご希望の方はレ点を記入してください													
		☐ 注意事項を確認しましたので、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。													
※施術内容欄は治療院で使用している申請書類を添付いただいても結構です。	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分								
	○ 年 △ 月 □ 日		自 ○ 年 △ 月 □ 日 ~ 至 ○ 年 △ 月 □ 日		2 日		新規・継続								
	傷病名または症状		脳出血による後遺症				転 帰								
							継続・治癒・中止・転医								
	マ ッ サ ー ジ		○○ 円 × △ 局所 × 2 回 =		○○○○ 円		摘 要								
	変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 =		円										
	温 罨 法		○○ 円 × 2 回 =		○○○○ 円										
	温罨法・電気光線器具		円 × 回 =		円										
	往療料 2kmまで		円 × 回 =		円										
	加算 ( km)		円 × 回 =		円										
費用額計				○○○○ 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													
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		施術所名		☆☆鍼灸マッサージ師会		施術者 登録番号									
令和 ○ 年 △ 月 □ 日		住所		○○県△△市××1-2-3		電話 09(8765)4321									
あんま・マッサージ指圧師		氏名		△△ △△											
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間							
				年 月 日											

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。
3. 初療の日から6ヶ月経過した時点において、更に施術を受ける場合、再同意した「医師の同意書」を必ず患者より提出してもらってください。(原本は患者が当健保に支給申請する際に必要です)この場合、申請書の「同意記録」欄に同意した医師の氏名、住所等をご記入ください。

受付日付印