

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あん摩・マッサージ)
被扶養者

静岡鉄道健康保険組合 御中

被保険者(本人)が記入するところ	被保険者記号・番号	記号	番号						事業所名称				
	被保険者氏名							被保険者住所	〒 -				
	受診者氏名	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日生						被保険者との続柄			傷病名		
	発病または負傷年月日	令和 年 月 日						発症または負傷の原因およびその経過					
	業務上の負傷ですか	はい ・ いいえ						第三者の行為(交通事故等)によるものですか		はい ・ いいえ			
	記号番号にかえてマイナンバーで申請する場合はマイナンバーを記入してください。 マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要となります。												

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間		自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日		実日数	日		請求区分	新規・継続	
		傷病名又は症状											転 帰	
		マ ッ サ ー ジ	駆 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										継続・治癒・中止・転医	
		変形徒手矯正術	肢× 回= 円										摘 要	
		温 電 法	円× 回= 円											
		温電法・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											
		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	住所 あん摩 マッサージ 指圧師 氏名 電話										
		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				
					年 月 日									

委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。											
	令和 年 月 日				被保険者 氏名							
					代理人 事業所名							
					" 氏名							

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○で囲んでください。
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等を記入してください。
3. 初めて施術を受け申請する場合は医師の同意書(原本)を添付してください。6ヵ月を超えて引続き施術を受け申請する場合は、必ず再度保険医の診察を受けた上で、同意書の交付を受け原本を添付してください。
4. 同意記録は同意書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原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間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。

受付日付印