

療養費支給申請書 (令和5年4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 〇〇〇 - ××××		○発病又は負傷年月日 令和4年4月1日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 筋麻痺	
	(フリガナ) ニシニホン ハナコ		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 西日本 花子		男・ 女 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他 ()		〇〇〇〇	
	③ 平・令 4 9 年 5 月 1 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 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分	
	平④ 4 年 4 月 6 日	自・令和5年4月5日～至・令和5年4月25日		2 日	新 規 ・ ③ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状	筋麻痺			転 帰 ③ 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	350 円×	2 回=	700 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 〇〇 △△ 施術日 . . . 日
		右 上 肢	350 円×	2 回=	700 円	
		左 上 肢	350 円×	2 回=	700 円	
		右 下 肢	円×	回=	円	
		左 下 肢	円×	回=	円	
	変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 5・25 日 往療を必要とした理由 〇〇〇〇
	温 罨 法	円×	回=	円		
温罨法・電気光線器具	円×	回=	円			
往療料 4kmまで	2,300 円×	2 回=	4,600 円			
往療料 4km超	二重線内 (施術内容欄及び 施術証明欄) は施術管理者 へ記入を依頼してください。		回=	円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			回=	円		
合 計				6,700 円		

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。 令和 5 年 4 月 25 日 免許登録番号 〇〇〇〇〇〇〇〇-〇-〇 あん摩マッサージ指圧師	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 所在地 大阪市〇〇区〇-△-×
		施術所名	△△治療院
		施術者名	〇〇 △△ 電話 06-〇〇〇〇-××××

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 5 年 4 月 30 日		〒 〇〇〇 - ××××
	西日本プラスチック工業健康保険組合理事長 殿	被保険者 (請求者)	住 所 大阪市〇〇区×-×-× 氏 名 西日本 太郎 電話 090-〇〇〇〇-××××

支 払 期 間 欄	銀行 農協 本店 支店 信用金庫 △△ 出張所 普通 信用組合 支所 当座	預金種目	口座番号	口座名義 (フリガナ)
	〇〇〇	③ 普通	1 1 1 1 1 1 1	(フリガナ) ニシニホン タロウ 西日本 太郎

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
	〇〇 ××	大阪市〇〇区△-△-△	令和5年4月1日	筋麻痺	令和5年4月1日 ～9月30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