

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	1. 本人	2. 配偶者	3. 子	4. その他 ()
	(昭)平・令 49年5月1日生			〇〇〇〇	〇業務上・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(令)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 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状		筋麻痺				転 帰 (継続)・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹 350 円× 2 回= 700 円 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				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	
	変 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢×		回= 円			
	温 罨 法		円×		回= 円		※往療を必要とした場合に記入	
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×		回= 円		往療日 . . . 5・25 日	
	往療料 4kmまで		2,300 円×		2 回= 4,600 円		往療を必要とした理由 〇〇〇〇	
	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-××××	
	施術日 通院○ 往療◎		4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 ⑤ 26 27 28 29 30 31	
	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 西日本プラスチック工業健康保険組合理事長 殿		〒 〇〇〇 - ×××× 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		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