

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号					○発病又は負傷年月日					○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過														
			1	－	1	2	3	4	5	〇〇年 〇月 〇日					脳出血による筋麻痺、〇年前の脳出血による後遺症										
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				(フリガナ) カネボ ヒナ					続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無													
					健保 花子					1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())													
				昭 平・令 〇〇年 〇月 〇日生					○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日					施 術 期 間										実日数					請 求 区 分				
	() 年 月 日					自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日					新 規 ・ 継 続				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
	傷病																				起 止 日				
あん摩・マッサージ・指圧師の証明を受けてください																									
温 電																									
(月16回)																									
温電法・																									
(月16回)																									
変形徒手 ※温電法																									
(月16回)																									
特 別 地																									
往 療 料																									
施術報告書																									
明 細 書																									
※集中率90%以																									
施術日 訪問1①																				29 30 31					
通所○ 訪問2②																									
訪問3③																									
往療◎ 訪問4④																									
訪問5⑤																									
月																									
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 () ）																									
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									
	令和 年 月 日										住 所														
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。										〒 000－ 0000					被保険者（ベシアグループに勤務している本人）が申請してください。									
	令和 〇〇年 〇月 〇日										申請者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					氏名 健保 太郎 電話									
支 払 機 関 欄	支払区分					預金の種類					金融機関名					銀行					本店 支店 出張所				
	1. 2. 3.					被保険者名義の口座を記入してください																			
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				
	山田 太郎					〇〇県〇〇市〇〇町2-2					令和 〇年 〇月 〇日					脳出血による筋麻痺									
<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。 ・「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 → 健康保険組合 ※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																									