

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

年 月 分

ダイフク健康保険組合 殿

提出日 年 月 日

下記のとおり、申請します。

被保険者氏名

【被保険者の記入欄】

被保険者証の 記号・番号	—	事業所名	
被保険者の 氏名		被保険者の 生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
被保険者の 住所	（〒 - ）（電話番号 - - ）		
療養を受けた者の 氏名・続柄	被保険者との続柄（ ）	療養を受けた者の 生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
傷病名		発病または負傷の原因 とその経過	
発病または 負傷の年月日	年 月 日		
業務上の負傷ですか	はい ・ いいえ	第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ
振込希望銀行 被保険者、または受取代理 人名義のものを記入	銀行	支店	
	普通・口座番号	口座名義（カナ）	
受 取 代 理 人 の 欄	この欄は、給付金の受取りを代理人に委託する場合のみ記入ください。		
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	被保険者との関係	
	被保険者 （申請者）	被保険者の住所	
	代理人の 氏名	代理人の 住所・電話	

【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

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： 年 月 日～至： 年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名及び症状詳細			転帰 継続・治癒・中止	
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	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
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回 =	円
	温罨法	円×	回 =	円	摘 要 <small>* 往療を必要とした理由、往療料の距離計算が判断できる明細、その他施術に関する特記事項等を記入ください。</small>
温罨法・電気光線器具	円×	回 =	円		
往療料	4 kmまで	円×	回 =	円	
	加算（ km）	円×	回 =	円	
	費用額合計			円	
施術日 通院○ 往療◎	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. 出張専門施術者所在地	
	年 月 日	住所			
	免許登録番号	施術所名称 氏名 電話番号（ ）			
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	
	電話番号（ ）			要加療期間	

【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）
「医師の同意書」原本

※変形徒手矯正術は、医療上1ヶ月を超えて行う必要がある場合、改めて同意書の添付を要する

【注意事項】

- ・ 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- ・ 病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- ・ 初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- ・ 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。