

## 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

XX年XX月分

ダイフク健康保険組合 殿

提出日 XX年XX月XX日

下記のとおり、申請します。

被保険者氏名 健保 太郎

## 【被保険者の記入欄】

|                                     |  |                     |   |
|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| 被保険者の<br>記号・番号                      | 11 — 234567  | 事業所名                | 株式会社ダイフク  |
| 被保険者の<br>氏名                         | 健保 太郎  | 被保険者の<br>生年月日・年齢    | XX年XX月XX日（XX歳）                                  |
| 被保険者の<br>住所                         | （〒XXX - XXXX）<br>〇〇県〇〇市△△町1<br>（電話番号 XXXX - XX - XXXX）   |                     |   |
| 療養を受けた者の<br>氏名・続柄                   | 健保 愛子<br>被保険者との続柄（妻）   | 療養を受けた者の<br>生年月日・年齢 | XX年XX月XX日（XX歳）                                  |
| 傷病名                                 | 神経麻痺   | 発病または負傷の原因<br>とその経過 | 脳梗塞後、神経麻痺が残った。かかりつけ<br>医師に治療上必要とのことで指示を受け<br>た。 |
| 発病または<br>負傷の年月日                     | XX年XX月XX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<br>被保険者、または受取代理人<br>名義のものを記入 | 〇× 銀行 〇× 支店<br>普通・口座番号 1234567<br>口座名義（カナ） ケンポ タロウ   |                     |   |
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>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。<br>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。<br>被保険者（申請者） 被保険者の住所<br>代理人の 代理人の住所・電話<br>氏名 |                     |   |

## ※【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

| 施<br>術<br>内<br>容<br>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<br>継続・治癒・中止   |       |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | マッサージ                             | 躯幹 円× 回 = 円<br>右上肢 円× 回 = 円<br>左上肢 円× 回 = 円<br>右下肢 円× 回 = 円<br>左下肢 円× 回 = 円         |                                    | 摘 要<br>*往療を必要とした理由、往療料の距離<br>計算が判断できる明細、その他施術に関<br>する特記事項等を記入ください。 |       |
|                       | 変形徒手矯正術                           | 円× 肢× 回 = 円   |                                    |  |       |
|                       | 温電法                               | 円× 回 = 円  |                                    |  |       |
|                       | 温電法・電気光線器具                        | 円× 回 = 円  |                                    |  |       |
|                       | 往療料                               | 4 kmまで 円× 回 = 円<br>加算（ km） 円× 回 = 円   |                                    |  |       |
|                       | 費用額合計                             |   | 円                                  |  |       |
|                       | 施術日<br>通院○<br>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<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>年 月 日 | 住所<br>施術所名称<br>氏名<br>電話番号（ ）  | 保健所登録区分<br>1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 |  |       |
| 同<br>意<br>記<br>録      | 同意医師の氏名<br>電話番号（ ）                | 住所  | 同意年月日                              | 傷病名<br>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。