

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (年 月分)【あんま・マッサージ用】

大阪府建築健康保険組合 理事長 殿

本申請書の施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号・番号		被保険者氏名		(フリガナ)		
	—		氏名		—		
	被保険者の 現住所	〒 — (フリガナ) 生年月日 性別 続柄					
	施術を受けた者の 氏名・生年月日等	氏名	昭和 平成 令和		年 月 日	男・女	
	傷病名	発病又は負傷年月日		年 月 日			
	発症・負傷の 原因及び経過	○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					
振込口座 【被保険者名義に 限ります】	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名		本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他()	
	口座名義 カナで記入		口座 番号				
あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 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	
	傷病名又は症状					転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹		円 ×	回 =	円	摘 要
		右上肢		円 ×	回 =	円	
		左上肢		円 ×	回 =	円	
		右下肢		円 ×	回 =	円	
		左下肢		円 ×	回 =	円	
		温 罨 法(加算)		円 ×	回 =	円	
	温罨法・電気光線器具 (加算)		円 ×	回 =	円		
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加算) ※温罨法との併施は不可	右上肢		円 ×	回 =	円	
		左上肢		円 ×	回 =	円	
		右下肢		円 ×	回 =	円	
左下肢		円 ×	回 =	円			
往療料 4kmまで	円 ×		回 =	円			
往療料 4km超	円 ×		回 =	円			
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円 ×		回 =	円			
合 計				円			
施術日 通院○ 往療◎	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 25 26 27 28 29 30 31						
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地			
	年 月 日		所在地				
	免許登録番号		施術所名				
	あん摩マッサージ指圧師		氏 名		電 話		
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	
			年 月 日				

【記入上の注意と添付が必要な書類について】
 ・ 申請書は暦月単位で作成。振込口座は被保険者名義に限ります。「あんま・マッサージ・指圧師記入欄」については、施術所に記入を依頼してください。
 ・ 以下①～④の書類を添付してください。
 ①医師の同意書(原本) ※有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可
 ②施術報告書(写) ※施術報告書交付料を申請するとき
 ③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 ※該当するとき
 ④領収書(原本) ※受療者氏名、受療日、施術所名、施術費用の記載があるもの