

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)			
	—				Ⓜ			
	被保険者の住所		〒 —		Tel() —			
	施行を受けた者の氏名・生年月日等		(フリガナ)		生年月日			
	氏名				昭和 年 月 日 性別 男・女 続柄			
	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		金融機関名		支店名		本店 支店 出張所		
		銀行 金庫 農協				預金種別 普通・当座・その他()		
		口座名義		口座番号				
		カナで記入						
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	
	傷病名又は症状						転 帰	
							継続・治癒・中止・転医	
	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				摘 要	
	変形徒手矯正術		円× 肢× 回＝ 円					
	温 罨 法		円× 回＝ 円					
	温罨法・電気光線器具		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			
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		年 月 日		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		
免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		所在地				
				施術所名				
				氏 名		Ⓜ 電話		
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷病名		
				年 月 日		要加療期間		

《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。
- ・ 「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。
- ・ 振込口座については、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 領収書の原本を必ず添付してください。
- ・ その他該当する場合には、医師の同意書(原本)、施術報告書(写し)、往療状況確認表、一年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付してください。