

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	① 被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名
	② 事業所の名称 及び所在地	名称	所在地	〒
	③ 施術を受けた者 の氏名	氏名	被保険者 との続柄	生年月日 昭・平・令 年 月 日 生 歳
	④ 傷 病 名 (医師の同意を受けた傷病名)			⑤ 発病または負傷 の年月日 年 月 日
	⑥ 発病または 負傷の原因			
	⑦ 発病または 負傷の経過		⑧ 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

施 術 内 容 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	傷病名・症状						転 帰	継続・治癒・中止・転医	
	初検料	円 ×	回 =	円	摘 要				
	施術料	マッサージ	躯 幹	円 ×	回 =	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
			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	※往療を必要とした場合に記入			
	温電法	円 ×	回 =	円					
	温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円					
	往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円	往療日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
4km超		円 ×	回 =	円	往療を必要とした理由				
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円						
費用額計				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							

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地
	令和 年 月 日	所在地	_____
	あん摩マッサージ指圧師	施術所名	_____
	免許登録番号 _____	施術管理者名 _____	電話 _____

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。
	令和 年 月 日 〒
	ユアサ健康保険組合理事長 殿 被保険者 (請求者) 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____

振込 口座	フリガナ	ゆうちょ不可	普通 当座	NO.
	被保険者氏名	銀行	支店	

同意 記録	同意医師の氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間
	住所	令和 年 月 日		

<必要添付書類>

- 医師の同意書(原本)
- 領収証(原本)

<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、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく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。

<その他添付書類(該当する場合)>

- 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