

# 療養費支給申請書

( 年 月分 あんま・マッサージ用)

R3改定

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		施術期間		実日数	請求区分	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日	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  ※往療を必要とした場合に記入  往療日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 往療を必要とした理由 _____		
	施術料	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				
	4km超	円 × 回 =	円				
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 _____ ⑩	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 _____ ⑩	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