

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ・指圧用)

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号		-		事業所の名称		
	被保険者氏名						
	受 療 の 状 況	療養を受けた者の氏名・続柄	被保険者との続柄 ()		療養を受けた者の生年月日・年齢	年 月 日 () 歳	
		傷病名または症状			発病又は負傷原因及びその経過		
		発症又は負傷の年月日					
業務上の負傷ですか			第三者の行為によるものですか				
振込先 (任意継続の方のみ記載)		支店		口座番号		口座名義 (カナ)	
<p>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。小野薬品健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会をおこなうこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。</p> <p>令和 年 月 日 住所 _____ 電話番号 _____ 被保険者氏名 (請求者) _____</p>							
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		自・令和 年 月 日～至・令和 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		軀 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					
施 術 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。 令和 年 月 日 住所 _____ あん摩マッサージ指圧師 氏名 _____ 免許登録番号 _____			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 電話 _____		
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間		
同意記録			令和 年 月 日				

2023. 06. 08

- 【添付書類】 1. 領収書 (原本) [※受診者がわかるもの ※領収印があるもの]
 2. 医師 (主治医) の同意書。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に医師 (主治医) の同意書 (原本)。ただし、変形徒手矯正術については初療または再同意日から起算して1ヶ月まで有効。
 3. 施術報告書交付料の記載がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書 (写し)」の添付が必須
- 【注意事項】 1. 往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記入してください。
 2. 同一疾病での医療機関・柔整・はり・きゅうとの併給は支給対象になりません。

【添付書類 貼付台紙】

A4 サイズ以下の添付書類はここに貼って提出してください。

- ・領収書は原本必須です（コピー不可）。
- ・複数枚ある場合は、受診日、氏名、金額、発行日付等の明細がわかるように重ねて貼ってください。
- ・療養費支給申請書を上にして、左上部分をのり付けして提出してください。

