塩野義健康保険組合理事長殿

【送付先】道修町ビル　健保組合

施術年月を記入してください

□ 被保険者
□ 被扶養者

療養費支給申請書（ R4 年 1 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（会社名）	＊＊＊＊＊	氏名No.	
被保険者氏名	＊＊＊＊＊	所　属	＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊	
受療を受けた者	氏　名	続　柄	生　年　月　日		
	健保　一郎	長男	昭和 平成 令和　＊＊年　＊＊月　＊＊日生		
傷病名	＊＊＊＊＊	発病又は負傷年月日	令和　＊年　＊＊月　＊＊日		
発症又は負傷の原因及びその経過	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊				
業務上・外、第三者行為の有無	□業務上　□第三者行為である　□どちらとも該当しない　□その他（　　）				

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を請求します。
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。（任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入は不要です）

〒＊＊＊＊－＊＊

令和　＊年　＊＊月　＊＊日　被保険者（申請者）　住所　＊＊市＊＊区＊＊町＊－＊

申請書を記入した日付を記入してください

氏名　健保　太郎

振込先 ※退職者のみ記入	銀行	支店	口座番号 普通	口座名義（カナ）

施術者（あんま・マッサージ・指圧師）記入欄					
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	
	傷病名または症状			転　帰	
				継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	躯　幹	円×　回＝　円	適　用	
		右上肢	円×　回＝　円	※施術管理者以外が施術した場合に記入	
		左上肢	円×　回＝　円	施術者氏名	
		右下肢	円×　回＝　円		
		左下肢	円×　回＝　円	施術日　・　・　・　日	
	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	4 km まで	円×　回＝　円		
	往療料	4 km 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。		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		
	あんま・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	
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
			令和　年　月　日		

施術者が記入

【注意事項】　申請書は暦月を単位として作成してください。

【添付書類】　□領収書（原本）：全額自己負担額の記載、受療者氏名、施術日、領収印があるもの

【その他添付資料（該当する場合）】
□医師の同意書（原本）：初回受療時および、前回の同意から 6 ヶ月が経過する毎に必要となります。
□施術報告書（写し）：施術報告書交付料の申請を行う場合
□往療状況確認書：往療の施術を受けた場合、施術者等へ記入を受け申請書へ添付してください。
□ 1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書