

健康保険組合	健康保険組合		受付月日	整理番号		事業主側経由所属								
	常務理事	事務長		担当者	月別	番号	長	長	担当者					
保険者記入欄	自平・令	年	月	日	日間	法定				円	計算式	区分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印)	入力受付No.
	至平・令	年	月	日										
	装具装着	平・令	年	月	日									

(被保険者
被扶養者)療養費支給申請書

被保険者番号	5 2 3 4 5 6 7	被保険者名	健保太郎		
被保険者生年月日	昭和・平成 45年 3月 18日生 満 51歳	被保険者所	〇〇株式会社 〇〇支社 〇〇グループ		
被扶養者に係る申請である場合、該当者の氏名	健保華子	生年月日	昭和 平成 44年 3月 12日 令和 満 52歳	続柄	妻
傷病名	(医師の同意を受けた傷病名を記入)		傷病又は負傷の年月日	平成 令和 3年7月1日 18時頃	
傷病の原因	いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したかを記入	労働災害該当の有無(業務上、通勤途上等)	無・有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。		
傷病の経過	麻痺状態の部位について、かかりつけの医師から、医療上必要と指示されたため				
健康保険被保険者証を使用できなかった理由(詳しく記入)	治療上必要な指圧治療院が医療機関ではないため、療養給付が受けられなかったため				
診療を受けた病院等	所在地	〇〇県〇〇市◆◆町2-6-5		名称	〇〇〇指圧治療院
				医師名	施術を担当した施術師の氏名
診療の内容	マッサージ治療				
診療の期間	自平成・令和 3年 9月 15日 4日間 至平成・令和 3年 9月 30日	診療に要した金額	¥ 6,560		別紙証ひょうのとおり
第三者の行為によって負傷したとき	その届出の有無	第三者の氏名及住所(不明のときはその旨)			
	ある・ない				

- (注)診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。
(注)コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。
(注)はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

施術者で記入してもらうようお願いします

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用「別紙」)

被 保 険 者 欄	被保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	平成 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	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘 要
		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 ×	回 =	円	継続 ・ 治癒	
	温 罨 法	円 ×	回 =	円	中止 ・ 転医	
	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		
	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				
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。					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> ※氏名はフルネームで記入願います。ご記入いただいた内容を訂正する場合は、 訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を、ご記入下 さい。 </div>					
	令和 年 月 日	住所				
	あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号	氏名				
	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	