

支給金額	円
支給期間	平成 年 月 日～
	平成 年 月 日 日間

常務理事	事務長	担当

被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】(年 月分) 第 回目
被扶養者

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号	療 養 を フリガナ 男 受 け た 者 の 氏 名 女	続柄(被扶養者の場合)	生 年 月 日
	-	氏 名		昭・平 年 月 日
	発症または負傷年月日	傷 病 名	業務上・外、第三者行為の有無	
	平成 年 月 日		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯			

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (記 入 ま た は 添 付)	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日	日	新規・継続
	傷病名 (症状)		転帰	
	マッサージ	円× 局所× 回=	円	継続・治癒・中止・転医 摘 要
	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 2kmまで 加算 (km)	円× 回=	円	
	合計		円	
	施術日 月 通院○ 往療◎ 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 上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 施術所名 所在地〒 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏 名 印 TEL			

医 師 同 意 書 (記 入 ま た は 添 付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
	傷病名	要加療期間	
	症状(これまでの経過と見通し) 1.筋麻痺 2.関節拘縮 3.その他()	往療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない	
	施術の種類 1.マッサージ 2.変形徒手矯正術	部位	1.躯幹 2.右上肢 3.左上肢 4.右下肢 5.左下肢
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、あんま・マッサージ・指圧の施術に同意する。			
平成 年 月 日		保険医療機関名	印 TEL
		所在地	
		氏 名	

被 保 険 者 欄	上記(または添付)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。		
	平成 年 月 日	住所 〒	
		被保険者 氏 名	印
愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者)			

上記金額の受領を に委任します。

- (注意事項) ○ 各施術月毎(1ヵ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出下さい。
 ○ 施術を受けるごとに発行される領収証原本を全て添付下さい。
 ○ 初療(初診)時、及びその後3ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。
 保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。
 給付金は「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知」でご確認下さい。
 ・愛知製鋼の方は給与上乗せ ・他事業所の方は届出されている口座振込

領収書確認

--