

支給金額	円
記入例	年 月 日～
	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	療養を受けた者の氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	性別 男・女	続柄(被扶養者の場合)	生年月日
	12 - 345678			女	妻	昭平 35年 5月 10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 25年 10月 10日	脳出血による筋肉麻痺		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 (原因については、各自が思い当たることをご記入下さい) 脳出血で右半身が事由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージの治療を勧められて開始。まだ右半身が思うように動かず、通院中。						

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)	マッサージ		円 × 局所 × 回 = 円	
		変形徒手矯正術		円	
		温罨法		円	
		温罨法・電気光線器具		円	
		往療料 2kmまで 加算 (km)	円 × 回 = 円	円	
		合計	円	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				

**あん摩師・マッサージ師・指圧師に
記入を依頼して下さい**

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
	傷病名	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日
	症状(これまでの経過と見通し)	追加療期間	
	施術の種類 1.マッサージ	療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない	
	上記の者については、頭書の疾病	4.右下肢 5.左下肢 指圧の施術に同意する。	
平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 氏名 印 TEL			

**ご担当医師に記入を依頼して下さい
(または、「同意書」原本を添付下さい)**

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 25年 11月 5日	住所 〒 ○○○-○○○○ 東海市○○区□□町△△-××	被保険者 健保 太郎 (申請者) 印
	愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿		

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ヵ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。
 ・愛知製鋼側の方は給与上乗せ ・他事業所の方は届出されている口座振込

領収書確認

--