

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

|  |  |         |   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------|---|----|---------------------------------------|--------|----------|----------------|---------------------------|--------------------|-------------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                          | ○被保険者証等の記号番号                                 |         |   |    | ○発病又は負傷年月日                            |        |          |                | ○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)       |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 年 月 日  |         |   |    | 年 月 日                                 |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (フリガナ)                                       |         |   |    | 続 柄                                   |        |          |                | ○発症又は負傷の原因及びその経過          |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>を<br>受<br>け<br>た<br>者<br>の<br>氏<br>名 | 男・女  |         |   |    | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他 ( ) |        |          |                | ○業務上・外、第三者行為の有無           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 昭・平・令 年 月 日生                                 |         |   |    |                                       |        |          |                | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>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        | 摘 要            |                           | ※施術管理者以外が施術した場合に記入 |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |         | 右上肢   | 円× |                                       | 回=     | 円        | 施術者氏名          |                           | _____              |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |         | 左上肢   | 円× |                                       | 回=     | 円        | 施術日            |                           | . . . 日            |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |         | 右下肢   | 円× |                                       | 回=     | 円        |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |         | 左下肢   | 円× |                                       | 回=     | 円        |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 変 形 徒 手 矯 正 術                                |         |   | 円× | 肢×                                    | 回=     | 円        |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 温 罨 法  |         |   | 円× |                                       | 回=     | 円        | ※往療を必要とした場合に記入 |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具                          |         |   | 円× |                                       | 回=     | 円        | 往療日            |                           | . . . 日            |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 往療料 4 kmまで                                   |         |   | 円× |                                       | 回=     | 円        | 往療を必要とした理由     |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 往療料 4 km超                                      |  |         | 円×  |    | 回=                                    | 円      |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術報告書交付料<br>(前回支給: 年 月分)                       |  |         | 円×  |    | 回=                                    | 円      |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計  |  |         |   |    |                                       | 円      |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日<br>通院○<br>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<br>術<br>証<br>明<br>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                              |        |          |                | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 免許登録番号                                       |         |   |    | _____                                 |        |          |                | 所在地                       |                    |             |  | _____                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | _____  |         |   |    | あん摩マッサージ指圧師                           |        |          |                | 施術所名                      |                    |             |  | _____                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |         |   |    |                                       |        |          |                | 施術者名                      |                    |             |  | ☎ 電話                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>欄                                    | 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。                |         |   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 令和 年 月 日                                     |         |   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄                          | 支払区分   |         | 預金の種類   |    |                                       |        | 金融機関名    |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 振 込 2. 銀行送金                               |         | 1. 普通 2. 当座   |    |                                       |        | 銀行 本店    |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. 郵便局送金 4. 当地払                              |         | 3. 通知 4. 別段   |    |                                       |        | 金庫 支店    |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義<br>カタカナで記入                                |  | 口座番号    |   |    |                                       | 農協 出張所 |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 委<br>任<br>状                                    | 私は _____ を代理人と定め、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |         |   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被保険者 住所                                      |         | _____   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名   |         | _____ ☎   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人 住所   |  | _____   |   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   |  | _____ ☎ |   |    |                                       |        |          |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>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 |                |                           |                    |             |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

問い合わせ先 山梨県自動車販売整備健康保険組合 TEL: 055-263-1651

【裏面へ】

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。（被保険者以外の名義の口座を指定する場合は委任状欄への記入をしてください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・

<提出の流れ>本人 → 健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本）                       施術報告書（写し）                       往療状況確認表
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書