

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用) (3年3月分)

記号・番号 (保険証左上に記載) 999 - 9999 事業所名 ○○○○株式会社
療養を受けた者の氏名 健保 すみれ 生年月日 昭和平成 令和 59年3月27日 続柄 妻
発病又は負傷の年月日 令和 2年3月1日 診療に要した費用 (領収書原本添付のこと) 8,500 円
傷病名 脳出血による左片麻痺 発病又は負傷の原因及びその経過 脳出血による後遺症のため
療養を受けた期間 令和 3年3月1日から 令和 3年3月31日まで 業務上・外 第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 3.その他
トッパングループ健康保険組合理事長殿
上記のとおり請求します。また、私は本申請に基づく給付金に関する権限を事業所代理人に委任します。
事業主を経由して申請すること、及び支給決定に際し必要に応じ、医療機関、事業所、保険者・官公庁等に照会を求めることに同意します。
令和 3年4月1日 〒 222-2222
住所 埼玉県○○市○○2-2-202
被保険者の氏名 健保 弘志
TEL 222-222-2222

事業所記入欄
令和 3年4月1日 〒 333-3333
住所 東京都○○区○○3-3-3
事業所代理人の氏名 ○○株式会社 ○○三郎

あんまマッサージ指圧師記入欄
初療年月日 令和 年 月 日 施術した期間 令和 年 月 日 日から 実日数 日
傷病名又は症状 区分 □新規 □継続 □中止 □転医
あんまマッサージ指圧師
躯幹 円× 回= 円
右 upper limb 円× 回= 円
左 upper limb 円× 回= 円
右 lower limb 円× 回= 円
左 lower limb 円× 回= 円
温電法(加算) 円× 回= 円
温電法・電気光線器具(加算) 円× 回= 円
変形徒手矯正術(加算) 円× 回= 円
※温電法との併施は不可
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 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
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。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 住所 氏名
あんまマッサージ指圧師
免許登録番号 TEL
同意医師の氏名 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間

添付書類
[] 医師による施術に関する同意書の原本 ※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上記「同意記録」に記載すること
[] 受診時の領収書の原本
[] 施術報告書(写し) ※該当する場合 [] 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 ※該当する場合

【注意】訂正する場合は訂正印をご捺印ください。

Table with 2 columns: 決裁 (Decision) and 処理 (Processing) under 健保組合 (Health Insurance Association).

健保受付

赤・・・本人記入
青・・・事業所記入