

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 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)	
	記号	番号	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 術 を 受 け た 方 の 氏 名		男 女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他

施 術 内 容 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記入 施術者氏名 _____ 施術日 日					
		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×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日					
	温 罨 法	円×	回=	円							
	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	往療を必要とした理由							
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回=	円								
合 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。		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		所在地		
	免許登録番号 _____		施術所名		
	_____ あん摩マッサージ指圧師		施術者名		☎ 電話

申 請 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	〒 _____		被保険者 住 所	
	カルビー健康保険組合理事長 殿		(請求者)		氏 名
	☎ 電話				

支 払 機 関 欄	銀行	本店	預金の種類
	金庫	支店	普通 ・ 当座
	農協	出張所	
口座名義(カタカナ) ※被保険者名義のもの	口座番号		※ゆうちょ銀行の場合は7桁の番号を記入してください。

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
			令和 年 月 日		

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は1か月毎に作成し、**施術毎の領収書(原本)**を添付してください。
- 初回申請時は**医師の同意書(原本)**を添付してください。
- 同意書による支給可能期間超過後の申請については、再度、同意書(要、医師の診察)をご提出ください。
- 二重線内(「施術内容欄」、「施術証明欄」、「同意記録」)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。
- あんま、マッサージへの療養費は、「筋麻痺、関節拘縮等により、医療上マッサージが必要であると認められた場合」のみ、支給対象となります。

<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