

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）							
	5	—							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 内 容 欄	施 術 を 受 け た 者 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					
	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 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				被保険者にご記入ください 被保険者欄/申請書・委任状/同意記録				摘 要				継続・治癒・中止・転医			
	マッサージ				軀 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢				施術者氏名				施術日 日			
	変形徒手矯正術															
	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			
	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				あん摩マッサージ指圧師				施術者名				施術者名 ⑧ 電話			
申 請 欄 ・ 委 任 状	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。															
	上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。（任意継続被保険者を除く）				令和 年 月 日				被保険者 住 所				氏 名 ⑧ 電話			
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名			
									令和 年 月 日							

<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。
- 「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 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※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

必ず内容をご確認ください

常務理事	事務長	担当

支給金額					