

# 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)				
	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 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								転 帰		
									継続・治癒・中止・転医		
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円×	回=	円	摘 要				
			右 上 肢	円×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入				
			左 上 肢	円×	回=	円	施術者氏名 _____				
			右 下 肢	円×	回=	円	施術日 . . . . . 日				
			左 下 肢	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入				
	変 形 徒 手 矯 正 術		円×		肢×	回=	円	往療日 . . . . . 日			
温 罨 法		円×		回=	円	往療を必要とした理由					
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						
往療料 4 km 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 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		施術所名		
								施術者名		☎ 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				〒			—				
コスモ石油健康保険組合理事長 殿						被保険者 住 所			氏 名		☎ 電話	

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

常務理事	事務長	担 当

支給金額					