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）
	ー	年　月　日	

施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭・平　年　月　日生	続柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（　）	○発症又は負傷の原因及びその経過 ○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
	（　）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	躯幹　円×　回＝　円 右上肢　円×　回＝　円 左上肢　円×　回＝　円 右下肢　円×　回＝　円 左下肢　円×　回＝　円		摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名＿＿＿＿ 施術日　・　・　・　日
	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㎞まで	円×　回＝　円		往療を必要とした理由
	往療料　4㎞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。 令和　年　月　日 免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿あん摩マッサージ指圧師	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 所在地 施術所名 施術管理者名　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 千葉県食品製造健康保険組合　理事長　殿	〒　ー 被保険者（請求者）　住所 氏名　電話

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	
	1. 振込　2. 銀行送金 3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段		銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所 郵便局
	口座名義カタカナで記入	口座番号		

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。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「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　（※事業所経由でも可。）
※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

お問い合わせ　千葉県食品製造健康保険組合　TEL. 043-241-6412
2021 年 04 月版