

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

(令和 2 年 10月 施術分)

被保険者証の記号番号	10-99999	被保険者名	健保 太郎	生年月日	昭・平・令 32年 10月 10日	
事業所名(会社名)	〇〇〇〇株式会社	所属	◇◇◇◇ 部(室)課	事業所連絡先	0587-32-6661 (内線 611-5112)	
被扶養者が施術を受けた場合は、下記に氏名・生年月日・続柄を記入してください。						
氏名	健保 花子	生年月日	昭・平・令 36年 10月 1日	被保険者との続柄	妻	
傷病名	(医師の同意を受けた傷病名)			発病または負傷年月日	令和 2年10月 2日	
発病または負傷原因とその経過	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)					
業務上の負傷ですか	はい・いいえ	通勤・退勤時の負傷ですか	はい・いいえ	交通事故による負傷ですか	はい・いいえ	
施術の期間(支給期間:月単位)	令和2年10月2日~2年10月25日	日数	5日	施術に要した費用の額(月単位の額合計)	8,300円	
振込先指定口座	金融機関名(ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ	銀行・金庫・農協	名古屋営業部	本店・支店・出張所	
預金の種類	1普通	2当座	口座番号	8 8 8 8 8 8 8		
口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として、左づめでご記入ください。 ケン ホ ° タ ロ ウ					
本紙(または添付)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。また、豊田合成健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 2年 11月 10日 住所 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 被保険者氏名 健保 太郎 請求者氏名 健保 太郎 電話 0587-32-6661						
施術内容	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	昭・令 年 月 日	自・令和 年 月 日~至・ 年 月 日		日	新規・継続	
	マッサージ	躯幹	円×	回=	円	転 帰
		右上肢	円×	回=	円	継続・治癒・中止・転医
		左上肢	円×	回=	円	摘 要
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	
	温器法		円×	回=	円	
	温器法・電気光線器具		円×	回=	円	
往療料	4kmまで			円		
	4km超	円×	回=	円		
施術報告書交付料(前回支給:令和 年 月)		円×	回=	円		
費用額計				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 住所 免許登録番号 あんま・マッサージ・指圧師 氏名		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	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			

【添付書類】 1.領収書(原本) 【※受診者がわかるもの ※領収印があるもの】

2.保険医※の同意書(原本)。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に保険医※の同意書。

ただし、変形徒手矯正術は、1ヶ月毎に同意書が必要です。

【注意事項】 1.往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記入してください。

2.本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・肩こり・腰痛)のマッサージ等は支給対象になりません。

3.産業医は保険医※ではないため、同意書の交付はできません。

※保険医(保険医療機関において、健康保険の診療に従事する医師)

受付	入力	支払