

被保険者・家族療養費支給申請書 【あんま・マッサージ用】

*領収書の原本、初療（初診）時の医師の同意書を添付してください。鍼灸師等への受領委任払いはありません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	-	事業所・部署の 名 称					
	被保険者の 氏名及び印			印	生年 月 日	大・昭・平 年 月 日		
	被保険者（請求 者）の住所・Tel	〒□□□-□□□□		Tel	- -			
	療 養 が 家 族 の 場 合	氏名			生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄	
	負 傷 名				発病又は負傷 の年 月 日	平成 年 月 日		
	発病又負傷の 原 因				傷病の 経 過	第三者行為に よる負傷か？ ・はい ・いいえ		
受取金融機関	銀行 支店		普通預金 口座番号				施術に要した 費用の額	
	被保険者（請求者）の 口座名義			フリガナ			円	
あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
		年 月 日	自平成 至平成	年 月 日	年 月 日	日	新規・継続	
	施 術 日	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					*通院は○、往療は◎ で困ってください	
	傷 病 名						転 帰 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	円×		回=	円	摘 要	
		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		
	温器法	円×			回=	円		
温器法・電気光線器具	円×			回=	円			
往診料 2 kmまで		円×		回=	円			
加算 (km)		円×		回=	円			
施 術 証 明 欄	上記のとおり領収（施術）いたしました。住所 〒 平成 年 月 日 あんま・ マッサージ師名 印 Tel - -							
同 意 記 録	同意医師の氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷 病 名	要加療期間		
				年 月 日				
健 保 組 合 記 入	法定給付費				計算式	×		受付印
	高額療養費				備 考			
	附加給付費				常務理事	事務長	会 計	給 付
	合計給付費							支払印

【記入上の注意】

（被保険者の方へ）

1. この申請書は暦月単位で届出してください（1ヶ月毎に1枚の申請書が必要です）
2. 発病又は負傷の年月日には、同意書又は診断書の発病又は負傷年月日を記入してください。
3. 発病又は負傷の原因及び経過は、わかる範囲内でできるだけ詳しく記入してください。
尚、発病の原因が業務上又は通勤途上の場合は、労災保険に該当するため健康保険に請求することはできません。
4. 傷病が第三者行為によるものであるときは、別途手続きが必要になりますので健康保険組合までご連絡ください。

（鍼灸師等へ）

1. あんま・マッサージ師記入欄は、施術者が記入してください。なお、施術日の欄は、この申請書により申請する月の該当日のみ○（往療が行われた場合は◎）で囲んでください。
2. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。