

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

<input type="checkbox"/> 被保険者証等の記号番号	<input type="checkbox"/> 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 及び部位
2	年 月 日	
(フリガナ)	続 柄	<input type="checkbox"/> 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 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	<input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為の有無
昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他

1	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日	日	新規・継続
	傷病名又は症状			転 帰
	マ ッ サ ー ジ	軀 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 施術者氏名: _____ 施術日: . . .
	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: . . .
	往療料 4kmまで	円×	回= 円	往療を必要とした理由:
	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	
施術正月間	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 免許登録番号		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
	あん摩マッサージ指圧師		所在地	
			施術所名	

2	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。 平成 年 月 日	〒 -
	被保険者 住 所 東京都電気工事健康保険組合理事長 殿 (請求者)	氏 名
		☎ 電話
支払機関	支払区分	預金の種類
	振 込	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段
		金融機関名
		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所

3	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			平成 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

※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

問い合わせ先

東京都電気工事健康保険組合 給付課 TEL. 03-3861-1853

2019年02月版