療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

きんでん健康保険組合理事長　殿

請求年月日	年　月　日

被保険者記入欄

被保険者証の	記号 番号		氏名	㊞ (　年　月　日生)
療養を受けた者	(　年　月　日生)	住所	〒	
所属	(会社名)　(室・部・支店(社))　(課・所)			
傷病名		発病または負傷年月日	年　月　日	
発病又は負傷の原因		施術(手当)を受けた期間	年　月　日から　年　月　日まで　内実日数　日間	
業務上もしくは通勤途上での傷病ですか？	(　) はい (　) いいえ	第三者による傷病ですか？(交通事故や喧嘩等)	(　) はい　→(はい)の場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること (　) いいえ	
委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される　療養費　の受領を委任します。 年　月　日　被保険者氏名　㊞			
請求が退職後または任意継続特例退職被保険者の場合	支払希望の銀行名	銀行　支店	普通 No.	

施術者記入欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自:　年　月　日～至　年　月　日	日	新規・継続
傷病名または症状			転記 継続・治癒 中止・転移

施術内容			摘要
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	
変形徒手矯正術 **(注意)**		円 × 肢 × 回 = 円	
温罨法		円 × 回 = 円	
温罨法・電気光線器具		円 × 回 = 円	
往療料　4kmまで		円 × 回 = 円	
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	
費用額計		円	

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＝○　往療＝◎

施術者証明欄

上記のとおり　施術を行い、その費用を領収しました。

年　月　日

〒
住所

あんま・マッサージ師
免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号

氏名　㊞

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

組合処理

支給決定額	常務理事	事務長	係	係	資格照合
円					

資格取得日	年　月　日	備考
資格喪失日	年　月　日	

＊ 初診時　医師の同意書の交付を受け 添付すること。　＊ 6ヶ月を超えて施術を受ける場合、6ヶ月ごとに医師の同意書を添付すること。

(注意)
変形徒手矯正術の施術を継続して受ける場合毎月、医師の同意書を添付すること。

被保険者のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記載欄(記号・番号を記入した場合は記入不要)													