

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

※当申請書は、施術所ごと・1ヵ月ごと・受診者ごとに1枚必要です。

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	—	発病又は 負傷年月日	昭・平・令 年 月 日	区分	本人・家族	
	事業所名						
	療養を受けた者	氏名			傷病名		
		生年月日	昭・平・令 年 月 日		業務上／第三者行為	業務上・第三者行為・その他	
		性別・続柄	男・女 続柄()		施術に要した費用	円	
発症または負傷の原因 およびその経過							
以下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			被保険者 (申請者)	住所			
長谷工健康保険組合 理事長 殿				氏名(自署)		電話	

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施 術 者 内 容 欄	初療年月日	昭・平・令 年 月 日	施術期間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日	実日数	日	転 帰	継続・治癒・中止・転医		
	傷病名および症状									
	マッサージ	軀 幹	円×	回=	円	請求区分				
		右上肢	円×	回=	円	新規・継続				
		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				
	温罨法・電気光線器具		円×	回=	円					
	往療料	4kmまで	円×	回=	円					
		4km超	円×	回=	円					
	施術報告書交付料(前回: 年 月分)									
	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							
	変形徒手矯正術 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							
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。			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						
令和 年 月 日 住所(所在地)			氏 名							
			氏 名							
			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					

《添付書類》

- 領収証(原本)
- 医師の同意書(原本) ※口頭同意・無診察同意不可
●初診時と以降半年ごとに必要
- 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、往療記録を添付してください。

受付日付印

《記入上の注意》

- 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。
- 「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。
- 訂正したところは、各記入者の訂正印を押してください。