大王製紙健康保険組合
理 事 長 殿

支給額：　　円

課 長	担 当

療 養 費 支 給 申 請 書 （ 本人・家族 ）　あんま・マッサージ用

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】　　記入日：令和　　年　　月　　日

記号・番号	ー	事業所名		所属部署	
被保険者氏名	印	被保険者の生年月日・年齢	昭和 平成　年　月　日（　歳）		
被保険者住所	（〒　－　）　（電話番号　－　－　）				
療養を受けた者の氏名・続柄	被保険者との続柄（　）	療養を受けた者の生年月日・年齢	昭和 平成 令和　年　月　日（　歳）		
傷 病 名		発病又は負傷原因及びその経過			
発病又は負傷の年月日	平成 令和　年　月　日				
業務上の負傷ですか	□はい　□いいえ	第三者の行為によるものですか	□はい　□いいえ		

振 込 先	銀行 金庫 農協	支店	口 座 番 号	口 座 名 義 （カナ）
（委任の場合）	を代理人として上記金額の受取方を委任します。 印 （代理人印）			

【あん摩・マッサージ指圧師の記入欄】

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	平成 令和　年　月　日	自：平成 令和　年　月　日～至：平成 令和　年　月　日		日	新規・継続
	傷病名又は症状				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	※施術管理者以外が施術した場合に記入	
		左上肢	円 × 回 ＝ 円		
		右下肢	円 × 回 ＝ 円	施術者氏名：	
		左下肢	円 × 回 ＝ 円		
	変形徒手矯正術	円 × 肢 ×	回 ＝ 円	施術日：	
	温 罨 法	円 ×	回 ＝ 円	・　・　・　日	
	温罨法・電気光線器具	円 ×	回 ＝ 円		
	往療料　4kmまで	円 ×	回 ＝ 円	※往療を必要とした場合に記入	
	往療料　4km超	円 ×	回 ＝ 円	施術日：	
	施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）	円 ×	回 ＝ 円	・　・　・　日	
	合　計		円	往療を必要とした理由	
	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。	保健所登録区分	1. 施術所所在地　2. 出張専門施術者所在地
	令和　年　月　日　住所		
	免許登録番号　施術所名称		
	あん摩マッサージ指圧師　氏名　印		
	電話番号　（　）		

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
	電話番号　（　）				

【添付書類】　「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）
「医師の同意書」原本　（同意内容について医師に照会することがあります。）

●1年以上・月16回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状況記入書」の提出も必要になります。
●初療の日から６ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。
●初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
●病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
●暦月ごとに、この申請書を記入してください。
●記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所に二重線を引き、訂正印を押印すること。

大王製紙健康保険組合