療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

注意事項

◎暦月ごとに一枚の申請書に記入して下さい。
◎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下さい。
◎該当する場合は添付　□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写）　□往療状況確認表　□一年以上・月十六回以上施術継続理由・状態記入書
◎「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」に記入して下さい。

被保険者欄	○被保険者証の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名
	―		

施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○発症又は負傷の減員及びその経過
	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他〔　　〕	
	年　月　日生		○業務上・外、第三者行為の有無
			1.業務上　2.第三者行為である　3.その他

施術内容欄	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
	傷病名又は症状		転帰	継続・治癒・中止・転医
	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	摘要	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日
	変形徒手矯手術	円×　肢×　回＝　円		
	温罨法	円×　回＝　円		
	温罨法・電気光線器具	円×　回＝　円		※往療を必要とした場合に記入
	往療料　4 km まで	円×　回＝　円		往療日
	往療料　4 km 超	円×　回＝　円		
	施術報告書交付料 前回支給：　年　月分	円×　回＝　円		往療を必要とした理由
	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.出張専門施術者住所地
	年　月　日	所在地	
	免許登録番号	施術所名	
	あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名	

申請欄	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。 日本ペイント健康保険組合理事長　殿　　〒　－ 住所 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

委任状	上記請求金額の受領を　　に委任する。 年　月　日 被保険者氏名印　㊞
領収書	上記請求金額正に領収いたしました。 年　月　日 被保険者氏名印　㊞

振込希望銀行名	銀行　　支店　普通・当座　口座番号(　　) 口座氏名

※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。

2019.10.1

日本ペイント健康保険組合