

健康保険 療養費支給申請書

(被保険者・被扶養者)

あんま・マッサージ

関西テレビ放送健康保健組合 理事長殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

記入日 年 月 日

|                      |                 |                 |                       |                        |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|------------------------|
| 記号・番号                | -               | 事業所名            | 所属部署名                 |                        |
| 被保険者氏名               |                 |                 | 被保険者の<br>生年月日         | 年 月 日                  |
| 療養を受けた者の<br>氏名・続柄    | 被保険者との続柄<br>( ) | 被保険者<br>住 所     | (〒 - )<br>(電話番号 - - ) |                        |
| 療養を受けた者の<br>生年月日     | 年 月 日           |                 | 発病又は<br>負傷年月日         | 年 月 日                  |
| 傷 病 名 (医師の同意を受けた傷病名) |                 | 発症又は負傷の原因及びその経過 |                       | 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 |

【あんま師・マッサージ師の記入欄】

|                       |                                   |                                                                                     |             |                       |                     |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>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                         | 軀 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                                                                         |             |                       | 施術者氏名               |
|                       |                                   | 右下肢 円× 回＝ 円                                                                         |             |                       | 施術日 . . . 日         |
|                       |                                   | 左下肢 円× 回＝ 円                                                                         |             |                       | ※ 往療を必要とした場合に記入     |
|                       |                                   | 変 形 徒 手 矯 正 術 円× 肢× 回＝ 円                                                            |             |                       | 施術日 . . . 日         |
|                       | 温 電 法 円× 回＝ 円                     |                                                                                     |             | 往療を必要とした理由            |                     |
|                       | 温電法・電気光線器具 円× 回＝ 円                |                                                                                     |             |                       |                     |
|                       | 往 療 料 4 k m まで 円× 回＝ 円            |                                                                                     |             |                       |                     |
|                       | 往 療 料 4 k m 超 円× 回＝ 円             |                                                                                     |             |                       |                     |
|                       | 合 計                               |                                                                                     | 円           |                       |                     |
|                       | 施術日                               | ※ 通院には○、往療には◎                                                                       |             |                       |                     |
|                       | 年 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<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>年 月 日 |                                                                                     | 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 |                     |
|                       | 所在地                               |                                                                                     |             |                       |                     |
|                       | 免許登録番号：あん摩マッサージ指圧師                |                                                                                     | 施術所名        |                       |                     |
|                       |                                   |                                                                                     | 施術管理者名 ㊞ 電話 |                       |                     |
| 同<br>意<br>記<br>録      | 同意医師の氏名                           | 住 所                                                                                 | 同 意 年 月 日   | 傷 病 名                 | 要加療期間               |
|                       |                                   |                                                                                     | 年 月 日       |                       |                     |

【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、宛名は療養を受けた者の氏名、領収印があるもの)
- 初回申請時「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。)
- 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」 原本を添付する。
- 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。

※ 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、訂正箇所へ二重線を引き、訂正印を押印すること。

受付年月日