

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	8 0 1 - 9 9 9 9	事業所名	関西テレビ放送	所属部署名	〇〇部
被保険者氏名	関西 八郎		被保険者の生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	
療養を受けた者の氏名・続柄	関西 ハ千子	被保険者との続柄 (妻)	被保険者住 所	(〒 530 - 8000) 大阪市北区〇〇町2丁目〇番〇号 (電話番号 0 6 - 〇304 - 8008)	
療養を受けた者の生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		発病又は負傷年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 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	
脳梗塞の後遺症		〇月に発症、その後関節拘縮体幹部の筋力が低下		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 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	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
	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	年 月	※ 通院には○、往療には◎ 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：あん摩マッサージ指圧師		施術所名			
			施術管理者名	㊞ 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	
			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、訂正箇所にて二重線を引き、訂正印を押印すること。

受付年月日