

【メール提出不可】

療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ用)

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																									
	—		年 月 日																											
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過																										
男 ・ 女			業務上・外、第三者行為の有無																											
	年 月 日生		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																								
	傷病名及び症状					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																								
			右下肢	円×	回=	円																								
			左上肢	円×	回=	円																								
			左下肢	円×	回=	円																								
変形徒手矯正術			円×	肢×	回=	円																								
温 罨 法			円×	回=	円																									
温罨法・電気光線器具			円×	回=	円																									
往療料 4kmまで			円×	回=	円																									
往療料 4km超			円×	回=	円																									
施術報告書交付料 (前回支給: 月分)			円×	回=	円																									
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																													
申 請 欄	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		住所																									
	氏名		氏名		電話																									
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。																													
	在職被保険者の場合は、本件療養費の受領方を事業主に委任します。(※)																													
備 考	年 月 日		A I G健康保険組合理事長 殿		申請者 住所 (被保険者)																									
	氏名		氏名		電話																									
同 意 記 録	同意医師の氏名		住所		同意年月日																									
	年 月 日		年 月 日		傷病名																									
				要加療期間																										

※療養費支給申請書に必要事項をご記入の上 下記(1)～(4)の書類を添えて提出して下さい。(裏紙の使用不可)

【提出先】ヒューマン・リソース・パートナーズ(〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見 1-3-7 IMPビル19階)任意継続者は健保宛

(1) 治療内容の書いてある領収書(原本) ※レシート不可

(2) 初回申請時および施術を継続する場合は6ヶ月毎に

「医師の施術同意書(原本)」 ※口頭のみでの再同意は不可

ただし、変形徒手矯正術を必要とする旨の医師の同意書の場合は1ヶ月毎に提出

(3) 施術師より施術報告書を交付された場合はその写し

(4) 初療の日から1年以上経過しており、施術回数が16回以上/月の場合 施術継続理由・状態記入書

- i) 申請者(被保険者)が記入するところ
 - ①被保険者欄 ②申請欄
- ii) 施術師が記入するところ
 - ① 施術内容欄 ② 施術証明欄
 - ③ 同意記録