

【メール提出不可】

療養費支給申請書(令和5年3月分)(あんま・マッサージ用)

記入例

被 保 険 者 欄	被保険者の記号-番号 <b>XX-XXXX</b>		発病又は負傷年月日 <b>令和4年2月3日</b>		傷病名 <b>脳梗塞・左片麻痺</b>							
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) <b>コウセイ ハルオ</b>	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過								
		<b>厚生 春雄</b>	<b>男</b>	<b>本人</b>	<b>不明</b>							
	<b>昭和30年4月5日生</b>	女		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 <b>3.その他</b>								
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 電 法	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <b>施術内容欄及び施術証明欄は 療養を受けた施術師に記入して もらってください。</b> </div>			回 =	円						
	温電法・電気光線器具				回 =	円						
	往療料 2kmまで				回 =	円						
	往療料 2kmまで				回 =	円						
	施術報告書交付料 (前回支給: 月分)				回 =	円						
	合 計					円						
施 術 証 明 欄	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										
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 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							
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		住所	氏名 <b>厚生 春雄</b> 電話 <b>06-0000-0000</b>							
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。(※)											
	令和5年4月1日 A I G健康保険組合理事長 殿 申請者 住所 <b>大阪市中央区城見〇-△-□</b> (被保険者) 氏名 <b>厚生 春雄</b> 電話 <b>06-0000-0000</b> (※) 給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込)											
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所		意年月日	傷病名	要加療期間						
		<b>施術師記入欄</b>		年 月 日								

※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