**【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 | 被保険者等記号・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 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | 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 | | | | 躯　幹　　　　　　　　　　　　円×　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　　　　円  右上肢　　　　　　　　　　　　円×　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　　　　円  右下肢　　　　　　　　　　　　円×　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　　　　円  左上肢　　　　　　　　　　　　円×　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　　　　円  左下肢　　　　　　　　　　　　円×　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | 摘 要 | |
| 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 ４ ｋｍまで | | | | 円 × 　　 回 ＝ 　 円 | | | | | | | | |
| 往療料 ４ ｋｍ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 | |  |  | | --- | --- | | 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 |   　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    免許登録番号　　　　　　　　　あん摩マッサージ指圧師 住 所  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。（※）  年 月 日  ＡＩＧ健康保険組合理事長 殿 申 請 者 　 住 所  （被保険者）  氏 名 　　 電 話  （**※）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） | | | | | | | | | | | | | | |
| 備  考 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | |  |

**※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**

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

(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**2023/4