

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 年 月 日 | | 傷病名 | | | | | | | |
| | 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 年 月 日 | | 施術期間 自・年 月 日～至・年 月 日 | | 実日数 日 | 請求区分 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 | | 円× | | 回＝ | 円 | | | | | | |
| 温電法・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。 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 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 | | | | | | | | | | | |
| | A I G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 | 同意医師の氏名 | | 住 所 | | 同意年月日 | 傷 病 名 | | | | | | |
| | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 同意記録 | | | | | | 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