

【メール提出不可】

記入例

療養費支給申請書(令和 5 年 3 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						
	XX— XXXX		令和 4 年 2 月 3 日		脳梗塞・左片麻痺						
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) コウセイ ハルオ	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過							
		厚生 春雄	男 本人	不明							
		昭和 30 年 4 月 5 日生	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 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 電 法					回 =	円				
	温電法・電気光線器具					回 =	円				
	往療料 2 km まで					回 =	円				
往療料 2 km 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 厚生 春雄 電 話 06-0000-0000						
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 大阪市中央区城見〇ー△ー□ (被保険者) 氏 名 厚生 春雄 電 話 06-0000-0000 (※) 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 欄											
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					
		施術師記入欄		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