

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	○被保険者証等の記号番号			○発病又は負傷年月日			○傷病名																										
	記号		番号		年	月	日																										
	(フカナ)			続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																												
	療養を受けた者の氏名			男・女	○業務上・外、第三者行為の有無																												
明・大・昭・平・令 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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日		新規・継続																								
	傷病名又は症状						転		帰																								
							継続・治癒・中止・転医																										
	マ ッ サ ー ジ		躯 幹	円×		回=	円	摘 要																									
			右上肢	円×		回=	円																										
			左上肢	円×		回=	円																										
			右下肢	円×		回=	円																										
			左下肢	円×		回=	円																										
温 罨 法 (加 算)			円×		回=	円																											
温罨法・電気光線器具 (加 算)			円×		回=	円																											
変形徒手矯正術 (加 算)		右上肢	円×		回=	円																											
		左上肢	円×		回=	円																											
		右下肢	円×		回=	円																											
		左下肢	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： 年 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																										
	令和 年 月 日				住所																												
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。				〒		-																										
	令和 年 月 日				申請者 住所																												
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																								
					令和 年 月 日																												

注 意 事 項	添付書類	①領収書 (原本) ②医師の同意書 (原本) ③当健保が関係機関へ照会することへの同意書
	振込先	・在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封) ・特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。
	申請書提出先	・在職者は事業主を通じて送付してください。(トエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。

受付日付印