## 療養費支給申請書(年月分)(あんま・マッサージ用)

	○被保険者証等の記号番号			○発病又は負傷年月日		○傷病名(医師の同意を受けた傷病名)	
被保険	1 1 -			^ -			
	(フリカ゛ナ)		□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	· · · · ·	見 日	島の原因及びそ	との叙述
				.本人	近人は貝の	易切床囚汉 U"(	
者欄	過 Win を						
惻	の 氏 名			女 3. 子 4. その他 ○業務上・外、第三者行為の有無			
	昭・平・令 年 月 日生						
	初療年月日	,	施術	胡 間		実 日 数	請 求 区 分
	平·令 年 月 日	自·平·令 年	月 日~至	• 平·令 年	月 日	日	新 規 · 継 続
	傷病名又は症状						転帰
	m n n n n n n						継続・治癒・中止・転医
			円× 円×		回= 同=	円 円	摘 要 ※施精理者以外が施術した場合に記入
施	マッサージ		円×		回=	円	施術者氏名
			円×		回一	円	//E/1714 FC-1
術			円× —		回=	円	施術日 <u>· · 日</u>
内	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円	
	温        法		円× 		回=	円	※往療を必要とした場合に記入
容	温罨法・電気光線器具		円×		回=	円	往療日 ・ ・ 日
欄			円× 		回=	円 	
			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○						
施	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 所在地						
術証	令和 年 免許登録番号		所在地				
明欄		マッサージ	- 一ジ指圧師 <u>施術所名</u> <u>施術管理者名 電話</u>				
申							
請	令和 年 月	日	4-1-1	b/□ r△ +/	_ 〒	_	
門				b保険者 住 請求者)	PT		
欄	FUJI健康保険組合理事長 殿 氏 名 電話						
	預金の種類 金融機関名		関名	銀行	支店名		本店
支 #/	1. 普通 2. 当座			金庫			支店
機				農協			出張所
支払機関欄	ロ 座 名 義 カタカナで記入			口座番号			
惻						上街 ク	
同	同意医師の氏名	住	所	同意年	月日	傷	病 名 要加療期間
意記				平・令 年	月 日		
録				T 1 1	л H 		

- <記入にあたっての注意事項>
- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意 書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- <提出の流れ>本人 → 健康保険組合
  - ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。
- <その他添付書類(該当する場合)>
- □医師の同意書(原本) □施術報告書(写し) □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書