

# 健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 ( 年 月分)【あんま・マッサージ用】

大阪府建築健康保険組合 理事長 殿

本申請書の施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

被保険者が記入するところ	保険証の記号・番号		被保険者 氏名	(フリガナ)						
	—									
	被保険者の現住所	〒 —					TEL( ) —			
	施術を受けた者の氏名・生年月日等	(フリガナ)				生年月日	性別	続柄		
		氏名				昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
	傷病名				発病又は負傷年月日	年月日				
	発症・負傷の原因及び経過				○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					
	振込口座 【被保険者名義に限りません】	金融機関名 銀行 金庫 農協	支店名 本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他( )						
		口座名義 カナで記入	口座番号							
	あんま・マッサージ・指圧師記入欄	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				
傷病名又は症状							転帰 継続・治癒・中止・転医			
マッサージ		軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円 ×	回 =	円	摘要				
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) ※温罨法との併施は不可		右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	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: 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、その費用を徴収しました。 年月日 免許登録番号			保健所登録区分 所在地 施術所名	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 氏名 電話					
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							

## 【記入上の注意と添付が必要な書類について】

- 申請書は暦月単位で作成。振込口座は被保険者名義に限ります。「あんま・マッサージ・指圧師記入欄」については、施術所に記入を依頼してください。
- 以下①~④の書類を添付してください。
  - ①医師の同意書(原本) ※有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可
  - ②施術報告書(写) ※施術報告書交付料を申請するとき
  - ③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 ※該当するとき
  - ④領収書(原本) ※受療者氏名、受療日、施術所名、施術費用の記載があるもの