

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）			
	—				年 月 日							
	(フリガナ)				続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過					
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男 ・ 女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○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	
		令和 年 月 日	自・ 年 月 日	～至・ 年 月 日	日	新 規 ・ 継 続
	傷 病 名 又 は 症 状				日	転 帰 継続・治癒・中止・転医
マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×		回＝	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 日
	右 上 肢	円×		回＝	円	
	左 上 肢	円×		回＝	円	
	右 下 肢	円×		回＝	円	
	左 下 肢	円×		回＝	円	
変 形 徒 手 矯 正 術		円×	肢×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日
温 罨 法		円×		回＝	円	
温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×		回＝	円	
往 療 料 4 km まで		円×		回＝	円	
往 療 料 4 km 超		円×		回＝	円	往療を必要とした理由
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給： 年 月分)		円×		回＝	円	
合 計					円	

施 術 証 明 欄	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																										
	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																							
	年 月 日				所在地																								
	免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師				施術所名 _____																								
				施術管理者名 _____		印 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。				
	年 月 日	〒 —			
	被保険者 住 所		氏 名		電 話
	デサント健康保険組合理事長 殿		(請求者)		

支 払 機 関 欄	普通預金	金融機関名	銀行	本店
			金庫	支店
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		郵便局

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		

<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

問い合わせ先 デサント健康保険組合 TEL. 06-6633-4214

2024.12 改定