

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書(令和4年8月分)
(あんま・マッサージ用)

【記入例】

決定年月日: 年 月 日

常務理事	事務長	担当	入力

提出日	〇〇年〇月〇日				
保険証の記号・番号	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ	電話番号		
20 - 555555	健康太郎		(090) 1234 - 5678		
※日中連絡可能な番号	氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ	生年月日	年齢	被保険者との続柄
	健康太郎		昭和 40年1月1日	平成 54歳	本人
傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	頰腕症候群		発症又は負傷の年月日 (療養開始日)	平成 3年1月10日	
発症・負傷の原因及び経過	(原因及び経過をご記入ください)				
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	施術に要した費用の額	8,250 円		
同意記録	同意医師の氏名	所在地	同意年月日	傷病名	要加療期間
	中電 次郎	広島県広島市中区大手町	4年7月25日	頰腕症候群	3ヶ月
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	日	新規・継続
	傷病名または症状	施術証明を必ずもらってください。			転帰
	マッサージ				癒・中止・転医 術 要 外が施術した場合に記入
	変形徒手矯正術				た場合に記入
	温電法				日
	温電法・電気光線器具				た理由
往療料 4km まで					
往療料 4km 超					
施術報告書交付料(前)					
施術日 通院○ 往療◎	月 1	27 28 29 30 31			
施術証明欄	上記のとおり施術を行				専門施術者住所地
	年 月 日	所在地			
免許登録番号	被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。				電話

被保険者確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------	-------------------------------------	---

<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。
- ・同意した医師の診療報酬明細書を確認し審査を経て支給の可否を決定しますので支給時期は施術月から数ヶ月後となります。
- ・「同意記録欄」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「同意記録欄」に記入してください。
- ・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。

受付印

<その他添付書類(該当する場合)> 添付書類の口にチェックを付けてください。

- 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

決定欄	支給回数	支給算出額	支給決定額
	回		円