

被保険者 療養費支給申請書  
 家 族

( あん摩 ・ マッサージ ) 【 年 月分】

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険の記号・番号				
	被保険者氏名				
	生年月日	年	月	日	
	事業所住所				
	事業所名				
	所属		内線	—	
申 請 対 象 者 記 入 欄	※被保険者の場合は氏名・生年月日・続柄は記入不要				
	施術を受けた者の氏名	生年月日	被保険者との続柄		
		年	月	日	
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)				
	発病または負傷の年月日	年	月	日	
	発病又は負傷の原因 及びその経過	業務上・業務外 → (原因： ) (経過： )			
	第三者の行為によって負傷 したものであるか否か	1.ない 2.ある → (第三者の行為による傷病発生届を提出すること)			
	施術に要した費用	円			
	同意記録				
	同意医師の 氏名				
	住所	〒			
同意年月日	R	年	月	日	
要加療期間	傷病名				
被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。				
	令和	年	月	日	
	被保険者氏名			_____	
	日本特殊陶業健康保険組合 御中				

- ※1 締切は毎月20日(健保必着)、医療機関との併用確認等のため、最短で3ヶ月後の給与に振込みます。  
(退職者、任継は末日口座振込) 適正な支給のための審査により、支給が遅れることがあります。
- ※2 必ず毎月末日までで1ヶ月毎の請求にしてください。
- ※3 「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。但し、前月分以前の申請書に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。
- ※4 以下の書類を添付してください。  
 初回申請時→医師の同意書(原本)、施術に要した費用の領収書(原本)  
 2回目以降 → 施術に要した費用の領収書(原本)  
 【該当する場合】医師の同意書(原本)、施術報告書(写)、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

受付日

健保記入欄			
回数	交付料有無	施術報告書同意日	備考

\*「日特健保プライマシーナリー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

以下は、あん摩マッサージ指圧師が記入してください。

	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分	
	H・R	年 月 日	R	年 月 日	～	R	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		
施術内容欄	マッサージ		軀幹 円× 回＝ 円 右上肢 円× 回＝ 円 左上肢 円× 回＝ 円 右下肢 円× 回＝ 円 左下肢 円× 回＝ 円	円× 回＝ 円 円× 回＝ 円 円× 回＝ 円 円× 回＝ 円				概要 ※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) ※往療を必要とした場合に記入 往療日 ( . . . 日) 往療を必要とした理由 ( )	
	通所		円× 回＝ 円						
	訪問施術料1		円× 回＝ 円						
	訪問施術料2		円× 回＝ 円						
	訪問施術料3 (3人から9人)		円× 回＝ 円						
	訪問施術料3 (10人以上)		円× 回＝ 円						
	変形徒手矯正術		円× 肢 回＝ 円						
	温電法		円× 回＝ 円						
	温電法・電気光線器具		円× 回＝ 円						
	特別地域(加算)		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◎ 訪問1①訪問2② 訪問3③		( 月施術分) 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					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			
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。								
	令和 年 月 日								
	所在地								
	施術所名								
免許登録番号 ( ) 電話番号									
施術管理者名 (印)									