

支給決定	常務理事	事務長	担当	支給金額								円
	療養費の内容											
決定日	令和 年 月 日			支給日	令和 年 月 日							
受付日	令和 年 月 日											

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)			
					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				○業務上・外、第三者行為の有無			
昭・平・令 年 月 日生				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()				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
	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 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	摘 要		
	変形徒手矯正術	円× 肢×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____
	温 罨 法	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円	往療日 _____ 日
	往療料 4kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由
	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	施術所名	
	_____ あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名	☎ 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
同意記録	北陸電力健康保険組合理事長 殿	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 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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。

<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

支給決定	常務理事	事務長	担当	支給金額						円
	療養費の内容									
決定日	令和 年 月 日									
受付日	令和 年 月 日			支給日	令和 年 月 日					

記入例

療養費支給申請書 (〇〇年〇〇月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者欄	〇被保険者証等の記号番号						〇発病又は負傷年月日			〇傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)						
	0	0	1	-	1	2	3	4	5	6	〇〇年〇〇月〇〇日			脳出血後遺症、筋麻痺		
	(フリガナ) ホクデン タロウ						続柄			〇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 北電 太郎						男・本 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			〇〇〇〇〇〇						
昭平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日生									〇業務上・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					
	年 月 日	自・ 2019年 6 月 3 日～至・ 2019年 6 月 30 日				5 日	新規・継続					
	傷病名又は症状	脳出血後遺症、筋麻痺				転 帰						
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	340 円×	5 回=	1,700 円	摘 要						
		右上肢	340 円×	5 回=	1,700 円	※施術管理者以外が施術した場合に記入						
		左上肢	340 円×	5 回=	1,700 円	施術者氏名 _____						
		右下肢	円×	回=	円	施術日 . . . 日						
		左下肢	円×	回=	円							
	変形徒手矯正術	円×	回=	円	継続・治癒・中止・転医							
	温 罨 法	※二重線内は、施術所に記入を依頼して下さい				※往療を必要とした場合に記入						
温罨法・電気光線器具					往療日 . . . 日							
往療料 4 km まで					往療を必要とした理由							
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					5,100 円							
施術日 通院○ 往療◎	6 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		
	2019 年 6 月 25 日			所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
	免許登録番号 〇〇〇〇〇〇 あん摩マッサージ指圧師			施術所名	〇〇〇〇〇		
				施術管理者名	〇〇 〇〇 電話 〇〇-〇-〇〇〇		

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。					
	2019 年 7 月 10 日			〒〇〇〇-〇〇〇〇		
	北陸電力健康保険組合理事長 殿			被保険者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 氏名 北電 太郎 電話 〇〇(〇〇)〇〇〇		

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
	〇〇病院 〇〇 〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	2019 年 4 月 7 日	脳出血後遺症、筋麻痺	1 か月

<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 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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。

<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