

支給決定	常務理事	事務長	担当	支給金額						円
				支給金額						あんまマッサージ 本人・家族・高齢
決定日	令和 年 月 日			支給日						令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日			支給日						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	摘 要
		右上肢	円×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入
		左上肢	円×	回=	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×	肢×	回=	円
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	あん摩マッサージ指圧師	施術所名		
			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		(請求者)		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
	支給区分				あんまマッサージ 本人・家族・高齢					
決定日	令和 年 月 日			支給日	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		
	(カガナ) ホケン 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・本入			〇〇〇〇〇〇				
昭平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日生						2. 配偶者			〇業務上・外、第三者行為の有無							
						3. 子			1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他							
						4. 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					
							継続・治癒・中止・転医					
	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	※施術管理者以外に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				
	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 4kmまで							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						5,100 円					

施 術 日	通院〇	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
往療◎																																	

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			施術所名	〇〇〇〇〇		
	〇〇〇〇〇〇 あん摩マッサージ指圧師			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					
	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