

療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

聖隷健康保険組合

請求者記入欄	保険証の 記号・番号	記号	番号	療養を 受けた者		被保険者 との続柄		
	発病又は 負傷の原因 (思い当たること)					傷病の 経過		
	業務上・外 など	1. 業務上の発病・負傷 2. 第三者行為による(相手がいる) 3. いずれにも当てはまらない						
施術者記入欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分	
	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで		日	新規・継続	
	傷病名 または症状						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			
		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 ×	回 =	円			
	温罨法		円 ×	回 =	円			
	温罨法・電気光線器具		円 ×	回 =	円			
	往診料	4kmまで	円 ×	回 =	円			
	往診料	4km超	円 ×	回 =	円			
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円			
	上記費用の合計金額				円			
一部負担金(1割・2割・3割)				円				
請求金額(合計)				円				
施術日	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	※通院は○、往診施術は◎で囲んでください					
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収いたしました。		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				
	令和 年 月 日	施術所	所在地	施術所名 電話番号				
	登録記号番号(又は申し出た施術者登録番号)		施術管理者 氏名					
請求者記入欄	同意医師の氏名	同意医師の所属する医療機関及び住所			同意年月日			
		医療機関名			平成 令和	年 月 日		
	傷病名	住所	〒	要加療期間				
請求者記入欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※《受取代理人》は事業所が記入							
	《被保険者・申請者》			令和 年 月 日	《受取代理人》			
	住所			住所				
請求者記入欄	氏名				氏名			
	※任意継続・退職者等は支払金融機関の欄を記入。							
	銀行 金庫	本店 支店	種 別	1: 普通 2: 当座	口 座 の 氏 名 義 人	(フリガナ)		
口座番号								

※被保険者本人が「請求者記入欄(網掛け部)」を記入後、施術者に「施術者記入欄」を記入してもらってください。

※裏面の注意事項を良くご覧の上、提出ください。

【 記入上の注意 】

◆被保険者(申請者)の方へ

- ・ この申請書は、暦日単位で申請を行ってください(1ヶ月ごとに1枚の申請書が必要です)
- ・ 「請求者記入欄」はもれなくご記入ください。
- ・ 発病又は負傷の原因は、わかる限り詳しく記入してください。
- ・ 医師同意欄は、施術に同意を行った医師及び、同意を行った日等について被保険者がご記入ください。
- ・ 文書による医師の同意が6ヶ月ごとに必要となります。(※)
- ・ 原則、療養費は給与払いで支給しますので、受取代理人の欄の《被保険者・申請者》欄をご記入ください。
- ・ 資格喪失後の受給の場合で、個人の口座に支払う場合は、支払金融機関の欄を記入してください。
- ・ 振込先にゆうちょ銀行を指定する場合は、従来の口座番号(記号・番号13ケタ)ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・口座番号(7ケタ)をご記入ください。
- ・ 傷病が「交通事故」「労働災害」「第三者」によるものである場合、必ず連絡をください。

※診療に基づいた医師の同意書が必要です。

同意書の様式は、H30.10.1付で提示された新しい様式(またはそれに記載されている項目をすべて満たしている様式)のみとします(同意内容については、医師に照会することがあります)。

◆施術者の方へ

- ・ 施術者記入欄は、施術者が記入・証明してください。
- ・ 施術日の欄は、この申請書によって請求する月の該当日のみ○で囲んでください。
- ・ 往療が行われた日は◎で囲み、摘要欄に詳細を記入してください。

◆訂正が必要な時(共通)

- ・ 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入した方又は証明者のサインを記入ください。