

支給金額	円
支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間

常務理事	事務長	担当

被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】(令和 年 月分) 第 回目
被扶養者

被 保 険 者 欄	被保険者資格情報の記号・番号	療 養 を フリガナ	男	続柄(被扶養者の場合)	生 年 月 日
	—	受けた者の氏 名	・ 女		昭和 年 月 日 平成
	発症または負傷年月日	傷 病 名		業務上・外、第三者行為の有無	
	平成 年 月 日 令和			1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯					

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	平成 年 月 日 令和	自 令和 年 月 日 ～至 令和 年 月 日	日	新規・継続
傷病名 (症状)				転帰
マッサージ	円×	局所×	回=	継続・治癒・中止・転医 摘 要
変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	
温罨法	円×		回=	
温罨法・電気光線器具	円×		回=	
往療料 4kmまで	円×		回=	
4km超	円×		回=	
合 計			円	
施術日	月	通院○	往療◎	
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	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。			
令和 年 月 日	施 術 所 名 所 在 地 〒		TEL	
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師 氏 名			

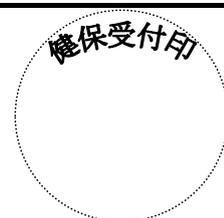
医 師 同 意 書 (記 入 ま た は 添 付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日	
		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	傷病名	要加療期間		
	症状(これまでの経過と見通し) 1.筋麻痺 2.関節拘縮 3.その他()	往療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない		
	施術の種類 1.マッサージ 2.変形徒手矯正術	部位	1.躯幹 2.右上肢 3.左上肢 4.右下肢 5.左下肢	
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、あんま・マッサージ・指圧の施術に同意する。				
令和 年 月 日	保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 氏 名 TEL			

被 保 険 者 欄	上記(または添付)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。		
	令和 年 月 日	住 所 〒	被保険者 氏 名
愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者)			

上記金額の受領を 委任します。

- (注意事項) ○ 各施術月毎(1ヵ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出下さい。
○ 施術を受けるごとに発行される領収証原本を全て添付下さい。
○ 初療(初診)時、及びその後6ヵ月毎に医師同意書の提出が必要です。

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。
給付金額は「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知」でご確認下さい。
給付金は給与上乗せでお支払い致します(任意継続の方のみ届出されている口座振込)



領収書確認