

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)		
									令和 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		
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		施術所名		
	_____ あん摩マッサージ指圧師		施術管理者名 電話		

同 意 記 録	同意医師の氏名	医療機関	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
		名 称 所在地	年 月 日		

被 保 険 者 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
	B I P R O G Y 健康保険組合 御中					
	上記金額受領方を _____ に委任します。					
	被保険者 〒 _____					
	住 所 _____					
氏 名 _____ ㊞ 電話 _____						
確認欄		自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。				
<input type="checkbox"/>						

※在籍者の方は委任先として本籍会社名をご記入ください。委任いただくことにより給与支給にあわせてお支払いします。
 (任継・特例の方は委任先会社名の記入は不要です。ご登録いただいている口座にお支払いします)
 (ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)