

療養費支給申請書 (〇〇年 〇月分) (あんま・マッサージ用)

記入例

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)													
	1	0	1	0	1	2	3	4	5	令和××年××月××日					脳梗塞									
	(フリガナ) トヨス 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					豊洲 太郎					男					1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()					体幹機能障害 (関節拘縮)				
平成××年××月××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	
	令和××年××月××日		自・令和××年××月××日～至・令和××年××月××日		×日		新規・継続	
	傷病名又は症状		体幹機能障害 (関節拘縮)				転帰	
	マッサージ		躯幹 ××× 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 ※施術管理者以外に施術した場合に記入 施術者氏名 _____	
	変形徒手矯正術		円× 肢×		回= 円		施術日 . . . 日	
	温罨法		円×		回= 円			
	温罨法・電気光線器具		××× 円×		× 回= ××× 円		※往療を必要とした場合に記入	
	往療料 4kmまで		円×		回= 円		往療日 . . . 日	
	往療料 4km超		円×		回= 円		往療を必要とした理由	
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×		回= 円			
合計				×××× 円				

施術日	通院〇	往療◎	〇月	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	
	令和××年××月××日		所在地		東京都江東区〇〇3-4-5	
	免許登録番号		施術所名		月島治療院	
	×××××× あん摩マッサージ指圧師		施術管理者名		東雲 一郎 電話 03-××××-××××	

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	
	日本橋 花子		名称 日本橋病院 所在地 東京都中央区〇〇-2-3		令和××年××月××日		脳梗塞			

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。		令和××年××月××日	
	BIPROGY健康保険組合 御中		・在籍者は本籍会社名を記入 ・任継・特例の方は記入不要	
	上記金額受領方を BIPROGY株式会社 に委任します。			
	被保険者 〒 ×××-××××			
	住所 東京都江東区〇〇1-1-1			
氏名 豊洲 太郎		電話 03-××××-××××		
<input type="checkbox"/> 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。				

※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は、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。)