

支給金額	金 記入例	円	算出基礎(未就学児、高齢者7割・9割)	常務理事	事務長	担当者
支給年月日			算出基礎			

日本ガイシ健康保険組合 殿

被保険者  
家族

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

(令和〇年〇〇月〇分)

下記(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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

被保険者証の記号・番号	1 — 12345			事業所(該当を○で囲んでください)	日本ガイシ株式会社・日本ガイシ労働組合・エヌジーケイゆうサービス株式会社	
被保険者の氏名	健保太郎			所属	〇〇〇	
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市 〇〇〇 〇〇〇〇					
療養を受けた者	フリガナ ケンポ ハナコ		続柄	妻		
発症または負傷年月日	平成or令和〇〇年〇〇月〇〇日		傷病名	脳出血による筋肉麻痺		
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			
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						
脳出血で右半身が自由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージの治療を勧められ開始。まだ、半身が思うように動かず通院中。						
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		年月日				

同意書  
同意記録は必ずご記入ください。同意書の支給可能期間内における2回目以降の請求は同意書の添付は不要です。

原因については各自が思い当たることをご記入ください。現在の状況を詳

初療年月日	年月日		施術期間	実日数	請求区分	
			自 年月日 ~ 至 年月日	日	新規 継続	
傷病名 又は症状	マッサージ			転帰 継続・治癒・中止・転医 摘要		
	円×	回=	円			
	円×	回=	円			
	円×	回=	円			
	円×	回=	円			
	円×	回=	円			
変形徒手矯正術	円×	回=	円			
温電法			円			
温電法・電気光線器具			円			
往療料 4kmまで			円			
往療料 4km超			円			
施術報告書交付料			円			
(前回支給: 年月分)			円			
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。			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			施術所名			
免許登録番号			所在地	〒		
			あん摩マッサージ指圧師氏名			
			電話番号			

あんま師・マッサージ師・指圧師に記入を依頼してください。

(注意事項)

受付日付印

- 各施術月毎(1ヶ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出ください。
- 施術の都度、発行される領収書原本を全て添付してください。(原本は返却いたしません。)必要な方は事前にコピーを取ってください。
- 初療時、及びその後6ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。
- 変形徒手矯正術は、毎月医師の同意書の提出が必要です。
- 「施術報告交付料」を請求する療養費支給申請書には、施術師より記入された「施術報告書」のコピーを添付ください。
- 初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については、施術師より記入された「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。