

# 療養費支給申請書（令和 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）							
	平成 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				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )							
昭・平・令 年 月 日生												○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							
	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			
					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×				肢×				回＝				円			
	温 罨 法				円×								回＝				円			
	温罨法・電気光線器具				円×								回＝				円			
	往療料 4kmまで				円×								回＝				円			
	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							
	令和 年 月 日								所在地											
	免許登録番号								あん摩マッサージ指圧師				施術所名				施術者名			
													電話番号							
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																			
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行				本店			
	1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座								金庫				支店			
	3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段								農協				出張所			
口座名義 カタカナで記入								口座番号								郵便局				
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名				要加療期間			
									令和 年 月 日											

(元.5)

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本）   
  施術報告書（写し）   
  往療状況確認表   
  1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報の取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課（電話 0493-22-0890）までご連絡ください。

※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。