療養費支給申請書 (年月分)(あんま・マッサージ用)

	○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)						
			年 月									
被	(フリカ゛ナ)					は負傷の原因及びその経過						
保	施 術 を	男 1.本人										
	受けた者	 ・ 2.配偶者 女 3.子 ()業務上・外、第三者行為の有無 										
険	の氏名		○業務上・外、第三者行為の有無 1 業務 L の 第三者行為の有無									
者	昭•平•令					1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他						
欄	本紙(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。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。また カヤバ健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該											
	関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。申請書は本人が作成し、記載について誤りがないことを本人が確認しています。											
	年 月 日 住 所 被保険者氏名 (署名又は記名押印)											
				T								
	初療年月日	施		間			実 日 数	請	求	区	分	
	平成 年 月 日	自 令和 年 月	日~至	令和	年 月	B		新	規	• 継	続	
	傷病名又は症状							転			帰	
		躯 幹 円× 右上肢 円×			回= 回=					円 円		
施	マッサージ	左上肢				_ 回=	円	施術者		, A	VET. 199	
		右下肢 円				回=	円	DENTH	<u> </u>			
術		左下肢 円				回=	円	施術	∃	•	· <u>目</u>	
,	変形徒手矯正術	円	×	肢>	([回=	円					
内	温 罨 法	円	×		<u> </u>	回=	円	※注療	を必要とし	た場合に記入		
容	温罨法・電気光線器具	×			回=				. 🛮			
4	 往療料 4kmまで	×			回 =	円						
欄			—————————————————————————————————————			回= 円			・ 往療を必要とした理由			
	施術報告書交付料		円×						-			
	(前回支給: 年 月分)	円				回=	円					
	合 計						円					
	施術日											
	通院○ 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 往療◎											
施	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年月日 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧				保健所登録	区分	1. 施術所所	f在地 :	2. 出張専	門施術者住	所地	
施術証					所在地							
明				ッサージ指圧師		施術所名						
欄					施術管理者名			電話				
同辛	同意医師の氏名	住			同意年月	月	傷	病	名	要加療	期間	
意記				令和	年	月日	∃					
録												
事	委任を受けた給付金の受領	頁は、カヤバ健康保険	組合との間	で定め	られている	所定の	方法で受け取	なります	•			
業主記	受任者 所 在 地											
1 7 1												
欄				事								
	2入にあたっての注意事項>											
	目請書は暦月を単位として作成 「素約内(「抜後内容欄」ないた		「日辛知知」)	14 梅	: (佐姓田 -火 。 =	a a → ./ /: :	超し アノ ださ					
・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」および「同意記録」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。・ 「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。
※ 当該中前者を近山の际には、 <u>他物に安した賃用の映収者(原本)を必り係的</u> してくたさい。 <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											
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)												