

参考例

記入箇所見本※赤字の箇所や欄にご記入ください

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ償還払用)

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)			
	-				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 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		
	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								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 4 km まで			円×		回=	円	往療を必要とした理由				
往 療 料 4 km 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				所在地						
	あん摩マッサージ指圧師				施術所名		施術管理者名 電話				
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				被保険者 住 所 ○○区○○ 1-1-1		氏 名 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 電話				
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						

※1 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者 住所 ○○区○○ 1-1-1

(被保険者) 氏名 ○○ ○ ○ ○

住所 港区赤坂 5-3-6

代理人 氏名 (株) TBS テレビ 等 所属事業所

※ 社員の方は給付金を会社経由給料払い、特例退職保険・任意継続保険ご加入の方は健保登録口座へお支払致します。
 ※1 社員の方は給付金を会社経由でお支払いするため、受領の代理人欄は委任する所属の会社名を記入してください。

<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、従業員の方は給付金を会社経由給料払い、特例退職者、任意継続者は健保登録口座へお支払い致しますので、記入の必要はありません。
- ・ 「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 → 健康保険組合

※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)

問い合わせ先

東京放送健康保険組合

TEL. 03-5571-2389

3年4月版