療養費支給申請書(　　年　　月分)[あんま・マッサージ用]

受療者欄	被保険者証の記号・番号	発症又は負傷年月日	傷病名(医師の同意を受けた傷病名)
	―	年　月　日	

施術を受けた者の氏名	(フリガナ) 男・女 年　月　日生	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過
			業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上　2.第三者行為　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 転帰 継続・治癒・中止・転医
傷病名又は症状			

マッサージ	躯幹	円×	回＝	0 円	摘要
	右上肢	円×	回＝	0 円	
	左上肢	円×	回＝	0 円	
	右下肢	円×	回＝	0 円	
	左下肢	円×	回＝	0 円	
変形徒手矯正術		円×　肢×	回＝	0 円	
温罨法		円×	回＝	0 円	
温罨法・電気光線器具		円×	回＝	0 円	
往療料 4Kmまで		円×	回＝	0 円	
往療料 4Km超		円×	回＝	0 円	
施術報告書交付料 (前回支給:　年　月分)		円×	回＝	0 円	
合計				0 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。

年　月　日

免許登録番号

あんまマッサージ指圧師

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

所在地

施術所名　　電話　(　)

施術管理者名　　㊞

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
		年　月　日		

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。

年　月　日

西日本パッケージング健康保険組合　様

被保険者(申請者)

〒　ー

住所

電話　(　)

氏名　　㊞

振込口座

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他(　)		(フリガナ)

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。
ただし、代理人は被保険者(申請者)に被扶養者に限ります。

委任欄

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　月　日

被保険者(申請者)

住所

氏名　　㊞

被保険者(申請者)との関係　(　)

代理人

住所

電話　(　)

氏名

被保険者の個人番号記載欄
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

個人番号												

受付年月日

◎添付書類

1. 領収書(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)
2. 同意書(初回、再同意(6か月毎)、変形徒手矯正術は1か月毎)
3. 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
4. 往療状況確認表(該当する場合のみ)
5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)