療養費支給申請書（令和　　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）
	―	昭・平・令　年　月　日	

施術を受けた者の氏名	(フリガナ) 昭・平・令　年　月　日生　男・女	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
	昭・平・令　年　月　日	自 令　年　月　日～至 令　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

					摘要
マッサージ	躯幹	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	
温罨法（加算）		円×	回＝	円	
温罨法・電気光線器具（加算）		円×	回＝	円	
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円	
	左上肢	円×	回＝	円	
	右下肢	円×	回＝	円	
	左下肢	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。

令和　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
		令和　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。

令和　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）　〒　－

住所　　電話　（　）

氏名

振込口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

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。

令和　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）