

健康保険 (被保険者・家族) 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

平成・令和 年 月分 第 回

被 保 険 者 欄	被保険者証記号番号		被保険者氏名		住 所					
	療養を受けた者の氏名		生年月日		続柄	傷病名				
	男 女	昭和・平成・令和 年 月 日生								
	発症または負傷年月日(和暦)		発病又は負傷の原因及びその経過 (該当番号を○で囲む)							
	年 月 日・不詳		1. 業務上 2. 通勤途上 3. 交通事故など第三者による行為 4. 1～3以外の事由							
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間(和暦)			実日数	請求区分	転帰		
	昭・平・令 年 月 日		自 年 月 日～至 年 月 日			日	新規・継続	治療・中止		
	傷 病 名					左記傷病の初診年月日(和暦)				
						年 月 日				
	マ ッ サ ー ジ		円× 局所× 回=		円		摘 要			
	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	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。									
	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		名 称		電話番号		氏 名		
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		〒		申請者(被保険者) 住 所					
	コニカミノルタ健康保険組合 殿		氏 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	

申
請
上
の
注
意

1. 初回申請の場合は、医師の同意書を添付してください。
2. 同意書により支給可能な支給期間を超えて更に施術を受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付してください。なお、当該同意による同意書により支給可能な期間内における2回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えありません。
3. 病院等で治療中の同一疾病の療養費支給申請はできません。

受付日付印