

被保険者・被扶養者
療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

神栄健康保険組合御中 提出日： 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	勤務する 事業所名称																														
	被保険者氏名												生年月日	年 月 日																			
	被保険者の住所	電話 ()																															
	被扶養者に関する 申請の場合	被扶養者 氏 名											生年 月日	年 月 日					続 柄														
	傷 病 名												発病又は 負傷年月日	年 月 日																			
	発症または負傷の 原因・経過																																
	第三者行為による ものですか	はい いいえ		はいの場合 届出の有無	有 無	加害者氏名																											
					加害者住所																												
あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		自：	年 月 日					実日数	請求区分																					
		年 月 日			至：	年 月 日					日	新規・継続																					
		傷 病 名											転 帰																				
		マッサージ	肘 幹	円×	回＝	円	継続・治癒・中止・転医																										
			右上肢	円×	回＝	円	摘 要																										
			左上肢	円×	回＝	円																											
			右下肢	円×	回＝	円																											
			左下肢	円×	回＝	円																											
		変形徒手矯正術	円		肢 ×	回＝	円																										
		温 電 法	円×		回＝	円																											
	温電法・電気光線器具	円×		回＝	円																												
	往 診 料	4 kmまで		円×	回＝	円																											
	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	上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。											保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																		
年 月 日																																	
所 在 地 施術所名 施術者名											電話 ()											免許登録番号_____											
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																					
委 任 状 ※退職者は記入不要		本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 年 月 日 被保険者氏名_____																															
振 込 先 情 報	振込希望の 金融機関 退職者・任意継続者 のみ記入	金融機関名称											支 店 名																				
		口 座 番 号 No.	普通 ・ 当座										フ リ ガ ナ																				
													口 座 名 義																				

<記入上の注意>
① 申請書は、暦日単位ごとに作成ください。
② 領収書の原本を必ず添付ください。その際、必ず宛名を記載してもらってください。
③ 初めてかかったときの請求の場合、「医師の同意書」（原本）を添付ください。継続して施術を受ける場合は6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります
④ 傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため健康保険組合への請求はできません。