

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		発病又は負傷年月日		傷病名		
	—		平成・令和 年 月 日				
	療養を 受けた者の 氏名	男・ 女	昭和・平成・令和 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	
	平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 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 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	
	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◎		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					
		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		住所					
免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師 氏名		電話 () —			
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名	
				平成・令和 年 月 日			
同意		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		住所		〒 —			
大阪織物商健康保険組合理事長 様		被保険者 (申請者) 氏名		電話 () —			
振込口座		金融機関名		店番号		預金種別	
銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所		普通・貯蓄・当座		口座名義 (カタカナで記入してください)	
				口座番号			

給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。(施術者又はその関係する法人等への委任はできません。)
自署の場合は押印不要です。

委 任 欄	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		被保険者(申請者)との関係 ()			
	住所		住所			
	被保険者 (申請者) 氏名		代理人 氏名			
		電話 () —				

◎添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要になる場合があります) 受付印

1.領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:あんま・マッサージ施術代)の記載が必要)

2.(再)同意書

注:(再)同意書は、初療又は医師による(再)同意日が月の15日以前の場合は当該月の5か月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6か月後の月の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求には省略可。

3.施術報告書の写し(該当する場合のみ)

4.1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)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)

備考欄

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は右の□にチェックしてください。 □ 公金受取口座を利用します。

R4.10 大阪織物商健康保険組合 業務課 〒541-0048 大阪市中央区瓦町2-6-9 ☎(06)6203-4081