

記入例

申請書(年 月分) (あんま・マッサージ用)

受療者欄	発病又は負傷年月日 平成・令和 31 年 4 月 1 日	傷病名 関節拘縮
療養を受けた者の氏名 大織 太郎	(フリガナ) ダイオリ タロウ	続柄 本人
	昭和・平成・令和 30 年 1 月 1 日生	発症又は負傷の原因及びその経過 原因は不明。痛みは徐々に和らいでいる。 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
初療年月日 平成・令和 年 月 日	施術期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数 日
傷病名又は症状 マッサージ	円× 回= 円 円× 回= 円 円× 回= 円 円× 回= 円 円× 回= 円	請求区分 新規 継続 転帰 継続・治癒・中止・転医 摘要
内容欄	あん摩・マッサージ・指圧師に記入を依頼してください	
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 _____ 住所 _____ あん摩マッサージ指圧師 氏名 _____ 電話 () _____	保健所登録区分 1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所
同意記録	同意医師の氏名 _____ 住所 _____ 同意年月日 平成・令和 年 月 日	傷病名 _____ 要加療期間 _____
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 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 大織 太郎 電話 (○○)○○○○ - ○○○○	
振込口座	金融機関名 銀行 本店 支店 出張所 金庫 組合	預金種別 普通・貯蓄・当座 口座番号 ダイオリ タロウ

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。)

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 住所 _____ 被保険者 (申請者) 氏名 _____ 代理人 氏名 _____ 電話 () _____	被保険者(申請者)との関係 () 住所 _____ 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) 受付年月日

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)