

療養費支給申請書 (平成31年 3月分) (あんま・マッサージ用)

○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)							
8	●	●	-	●	●	●	●	平成31年 3月 1日				脳出血による筋麻痺			
被 保 険 者 欄	(フリガナ) <b>ケボ ハコ</b>				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過						
	<b>健保 華子</b>				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )				<b>脳出血による後遺症</b>						
	<b>昭和35年 △月 △△日生</b>				男・女 <b>女</b>				○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 <b>3. その他</b>						
<p>1. 給付金の受領は事業主に委任します。ただし、任意継続被保険者は健保組合に提出されている銀行口座へ振込みます。 2. 本療養費の支給に際し、審査上必要な事項を確認するため、医療機関等へ照会し情報提供を受けることがあります。 以上の内容に同意し、療養費を請求します。</p> <p>平成31年 4月 15日</p> <p>被保険者 住 所 <b>東京都中央区●●3丁目△-△△</b> <b>健康</b> 氏 名 <b>健保 太郎</b> 電 話 <b>03-△△△△-△△△△</b></p> <p>J-オイルミルズ健康保険組合理事長 殿 (請求者)</p>															

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分		
	年 月 日	自・	年 月 日	～至・	年 月 日	日	新 規 ・ 継 続
	傷病名又は症状					転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要	
	変 形	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>『施術内容欄』・『施術証明欄』・『同意記録』は、 施術者に記入・押印をもらってください。</p> </div>					
	温						
	温巻注						
往療							
往療							
施術 (前回)							
施術日 通院○ 往療○							
上記	施術者住所						
施術証明欄	年 月 日	所在地		31			
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		施術所名		①		
			施術管理者名				
			電 話 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				

支 払 機 関 欄	預金の種類	金融機関名	銀行	本店 支店 出張所
	1. 普 3. 通	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>『支払機関欄』は、退職後の申請で任意継続被保険者ではない場合に記入ください。</p> </div>		
	口座名 カタカナで記入	口座番号		

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、退職後の申請で任意継続被保険者ではない場合に記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書(原本)     施術報告書(写し)     往療状況確認表     1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書