

健康保険

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  
( 年 月分)

|                       |                                                         |                           |                                                                                          |            |                  |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|---------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 被 保 険 者 の                                               | 記 号                       | 番 号                                                                                      | 氏 名        |                  | 生 年 月 日       |   |
|                       | 事業所の名称                                                  |                           |                                                                                          |            |                  |               | ☎ |
|                       | 療養を受けた<br>者の氏名<br><br>(生年月日)                            | (フリガナ)                    |                                                                                          | 続 柄        | ○傷病名             |               |   |
|                       |                                                         | 男・女                       |                                                                                          |            | ○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  |               |   |
| (昭・平・令 年 月 日)         |                                                         | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |                                                                                          |            |                  |               |   |
| 申<br>請<br>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。                           |                           |                                                                                          |            |                  |               |   |
|                       | 年 月 日 申 請 者 住 所<br>(被保険者)<br>セメント商工健康保険組合理事長 殿<br>氏 名 ☎ |                           |                                                                                          |            |                  |               |   |
| ※                     | 受領について (どちらかに✓)                                         |                           | <input type="checkbox"/> 事業所への委任払いを希望 (委任状欄へ) <input type="checkbox"/> 個人口座への振込を希望 (振込先) |            |                  |               |   |
| 委<br>任<br>状           | 私は下記の受領責任者を代理人と定め、 年 月 日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。       |                           |                                                                                          |            |                  |               |   |
|                       | 年 月 日                                                   |                           | 被保険者の 住所<br>氏名 ㊞                                                                         |            |                  |               |   |
|                       |                                                         | 代理人の (受領責任者)              |                                                                                          | 住所<br>氏名 ㊞ |                  |               |   |
| 振込先                   | 銀行                                                      |                           | 支店                                                                                       | 普通<br>当座   | 口座番号             | (フリガナ)<br>名義人 |   |

※1ヶ月ごとに記入してください

※添付書類：①領収書原本 ②6ヶ月ごとに医師の同意書の原本 (変形徒手矯正術については毎月添付)  
③施術報告書の写し (施術報告書交付料の申請がある場合のみ)

|                                 |                     |                                                                                       |                 |                         |                    |       |     |
|---------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|-------|-----|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>証<br>明<br>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<br>継続・治癒・中止・転医 |       |     |
|                                 | マ ッ サ ー ジ           |                                                                                       | 軀 幹             | 円×                      | 回＝                 | 円     | 摘 要 |
|                                 |                     |                                                                                       | 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 4 kmまで          |                                                                                       | 円×              | 回＝                      | 円                  |       |     |
|                                 | 往療料 4 km超           |                                                                                       | 円×              | 回＝                      | 円                  |       |     |
|                                 | 施 術 報 告 書 交 付 料     |                                                                                       | 円×              | 回＝                      | 円                  |       |     |
|                                 | (前回支給： 年 月分)        |                                                                                       |                 |                         |                    |       |     |
| 合 計                             |                     |                                                                                       |                 | 円                       |                    |       |     |
| 施術日<br>通院○<br>往料◎               |                     | 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 |                 |                         |                    |       |     |
| 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 |                    |       |     |
| 年 月 日                           |                     | 住 所                                                                                   |                 |                         |                    |       |     |
| 免許登録番号 ( ) あん摩マッサージ             |                     |                                                                                       |                 |                         |                    |       |     |
| 免許登録番号 ( ) 指圧師                  |                     | 氏 名 ㊞ ☎                                                                               |                 |                         |                    |       |     |
| 同<br>意<br>記<br>録                | 同意医師の氏名             | 住所                                                                                    |                 | 同意年月日                   | 傷病名                | 要加療期間 |     |
|                                 |                     |                                                                                       |                 |                         |                    |       |     |