令和６年９月以前施術分

療養費支給申請書（令和　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄			
○被保険者証の記号－番号	○発症又は負傷年月	○傷病名	
－	年　月　日		
療養を受けた者の氏名	（フリガナ） 男・女	続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過
	昭・平・令　年　月　日生		○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
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
マッサージ	躯幹	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	
温罨法（加算）		円×	回＝	円	
温罨法・電気光線器具（加算）		円×	回＝	円	
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円	
	左上肢	円×	回＝	円	
	右下肢	円×	回＝	円	
	左下肢	円×	回＝	円	
往療料　４㎞まで		円×	回＝	円	
往療料　４㎞超		円×	回＝	円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円×	回＝	円	
費用額計	**円**		**療養費申請額(7･8･9割)**	**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 あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿　氏名　電話	

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 自動車振興会健康保険組合理事長　殿	〒　－ 申請者住所 （被保険者）氏名　電話

支払機関欄										
支払区分 振込	預金の種類 普通	金融機関名 銀行・信金 金庫・農協	本店・出張所 支店							
口座名義（ｶﾀｶﾅで記入）		口座番号								
公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、上記口座情報の記入は不要です）									

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
再同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間

備考欄（注）	

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、個人番号・本人確認をするための添付書類が必要です。