

## 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)			続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過							
		男 ・ 女				○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									
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		軀幹		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						
			温電法(加算)		円×	回＝	円						
	温電法・電気光線器具(加算)		円×	回＝	円								
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		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 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									
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 千 一 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								
	口座名義 (ｶｷｶﾞで記入)				銀行・信金 金庫・農協		本店・出張所 支店						
				口座番号									
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				
	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。