

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日	令和 年 月 日		

(注意事項)

被保険者
被扶養者

(あんま・マッサージ)療養費支給申請書

年 月 日 施術分

※申請書は毎月ごとにご記入ください。
※施術を受けるごとに発行される「領収書の原本」をすべて添付してください。
※初めてかかった時の請求および6ヶ月(変形徒手矯正術の場合は1ヶ月)を超えて引き続き施術が必要な場合には医師の同意が必要です。
※「医師の同意書」を添付してください。
※施術報告書交付料を請求する場合には、「施術報告書の写し」を添付してください。
※被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。

被保険者等 記号・番号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称 所在地	〒	電話 局 番
傷 病 名		発病又は負 傷の年月日	年 月 日	
発病又は 負傷の原因		第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
施術を受けた施術所 の名称・所在地及び 施術者の氏名	名称 氏名	所在地及び 電話番号	〒	
施術を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	施術に要した 費用の額	金 円也
被扶養者に関する 申請のとき	氏 名	生年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	(普通 当座 No.)
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日				
住所 〒 被保険者の 氏名 大太平洋金属健康保険組合理事長 殿				

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名			
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	(普通 当座 No.)

※施術所発行の「療養費支給申請書」の添付でも可 あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	年 月 日	施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続		
	傷病名	傷病名または症状詳細				転 帰	継続・治癒・ 中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ	躯 幹	円×	回=	円	摘 要 治療が行われた場合、治療を 必要とした理由を記入				
		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	4kmまで	円×	回=	円						
	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×	回=	円						
施術日: 通院○ 往療◎		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		保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地			上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 年 月 日					
免許登録番号		住所 電話番号								
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					

(2024. 12)