

受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	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。  
 ※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)

被保険者証の記号・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	所在地及び電話番号	〒				
施術を受けた期間	自 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	請求区分	
			年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日	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 往療が行われた場合、往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									
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							
	施術所名									
	あん摩マッサージ指圧師 氏名									
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							