受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	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	年　月　日

（注意事項）

※申請書は暦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
被扶養者　（あんま・マッサージ）療養費支給申請書

年　月施術分

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	電話　局　番
			所在地	〒
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 □ はい　□ 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	〒
	氏名			
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。

年　月　日

住所 〒

被保険者の　氏名　㊞

大平洋金属健康保険組合理事長　殿

委任状

私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　月　日 請求した 被保険者／被扶養者 療養費のうち

金　円也の受領に関すること。

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.　）

あんま・マッサージ師が記入するところ

※施術所発行の「療養費支給申請書」の添付でも可

施術内容欄

初療年月日	施術期間	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
	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

摘要
往療が行われた場合、往療を必要とした理由を記入

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

免許登録番号

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

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		

(TKA201903)