

健康保険組合		
常務理事	所属長	係員

療養費支給申請書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号・番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名											
	記号		番号		平成・令和 年 月 日															
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)				続柄	○発症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													
昭和・平成・令和 年 月 日生				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							
	令和 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											
	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												
往療料 4km超				円 ×			回 =	円												
施術報告書交付料 (前回支給:令和 年 月分)				円 ×			回 =	円												
合 計								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															
免許登録番号				あん摩マッサージ指圧師 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				〒 -															
申請者 住所				氏名				電話												
近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿 (被保険者)																				
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名											
	1. 振 込		2. 銀行送金		1. 普通		2. 当座		銀行		本店									
	3. 郵便局送金		4. 当地払		3. 通知		4. 別段		金庫		支店									
口座名義 カタカナで記入				口座番号				郵便局												
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			
									令和 年 月 日											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名

住所
代理人 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

診 断 書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
診察区分	初 診 ・ 再 審 (○をつけてください)	
診 察 日	令和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください) 軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢
	関 節 拘 縮	(間接拘縮のある部位について、○をつけてください) 右 肩 ・ 右 肘 ・ 右 手 首 ・ 右 股 関 節 ・ 右 膝 ・ 右 足 首 その他 左 肩 ・ 左 肘 ・ 左 手 首 ・ 左 股 関 節 ・ 左 膝 ・ 左 足 首 ()
	そ の 他	
歩行等 の状態	介護保険の要介護度()分かれば記載ください 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載してください (任意)	
令和 年 月 日		
保 険 医 療 機 関 名		
所 在 地		
保 険 医 氏 名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。