

極秘

療養費支給申請書（本人・家族）

令和 年 月 分
(あんま・マッサージ 用)

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

| | | | |
|--|--------------|------------------|------------------|
| ①被保険者証の記号と番号 | | ②事業所の名称 | |
| ③被保険者の氏名 | | ④被保険者の生年月日・年齢 | 昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| ⑤被保険者の住所 | 〒 TEL () | | |
| ⑥療養を受けた者の氏名・続柄 | 被保険者との続柄 () | ⑦療養を受けた者の生年月日・年齢 | 昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| ⑧傷病名 | | ⑩発病又は負傷原因及びその経過 | |
| ⑨発病又は負傷の年月日 | 平・令 年 月 日 | | |
| ⑪業務上の負傷ですか | はい ・ いいえ | ⑫第三者の行為によるものですか | はい ・ いいえ |
| ⑬振込先 | 銀行振込 | 銀行 支店 店番号 | 口座名義 (カナ) |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| <input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (受取代理人を指定する場合は利用できません。) | | | |
| 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。 | | | |
| | 申請者 (被保険者) | 住所 | 氏名 ㊟ |
| | 代理人 | 住所 | 氏名 ㊟ |
| 備考欄 | | | |

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備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

| | | | | | | |
|--------------------------|---|-----------|---------|-------------------------|-------|---------------------------------------|
| 施術内容欄 | 初療年月日 | 平・令 年 月 日 | 施術期間 | 自:令和 年 月 日~至:令和 年 月 日 | 実日数 | 請求区分 |
| | 傷病名または症状 | | | | 日 | 新規・継続 転帰 継続・治癒・中止 |
| | マッサージ | 躯幹 | 円× | 回 = | 円 | 摘要 *往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入ください。 |
| | | 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: 年 月分) | 円× | 回 = | 円 | | | |
| 費用額合計 | | | | 円 | | |
| 施術日 | 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 | | | | | |
| 通院○ 往療◎ | | | | | | |
| 施術証明欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日 | | 保健所登録区分 | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地 | | |
| 同意記録欄 | 同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 | |
| | TEL () | | | | | |

【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本
「医師の同意書」原本 (初回及び6か月ごと)

社会保険労務士記載欄