

(あんま・マッサージ)療養費支給申請書

令和 3 年 5 月施術分

(本人・家族)

【第 回目】

被保険者が記入する欄	健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日			
	住所 〒 145-1234 東京都大田区〇〇町1-2-3		被保険者			
	氏名 青空 太郎					
	下記の通り申請します。					
	記号・番号	1 - 1234567	事業所名称	アルプスアルパイン株式会社		
	療養を受けたものの氏名	青空 次郎	続柄	次男	生年月日	昭・平・令 6年 3月 2日
	傷病名	脳内出血、四肢麻痺				
発病又は負傷の時期及び原因	いつ、どこで 令 3年 2月 15日 (月) なにをしていて どのように 脳出血で方麻痺となり、掛り付けの医師に医療上必要とのことで指示された		第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
診察を受けた病院等	名称 〇〇市民病院	住所 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-1-1	施術者氏名	アルプス太郎	施術に要した金額	37,260 円

傷病名	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分			
	年	月	日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日	新規・継続	
傷病名または症状詳細						転帰	継続・治癒・中止・転医		
マツサージ	軀幹	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	あんまマッサージ師に記入を依頼してください			円					
温罨法				円					
温罨法・電気光線器具				円					
往療料	2Kmまで	円×	回=	円					
	加算(km)	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。			令和 年 月 日			
	免許登録番号		住所		TEL				
	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				
			令和 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証をすべて添付ください(原本)
- 初めてかかった時の請求には医師からの同意書の添付が必要です。
※厚労省の定められた期間(6ヶ月)を超える場合は再度同意書の添付が必要です。
変形徒手矯正術を受ける場合は毎月同意書が必要です。

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関	金融機関名		支店名	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()	口座名義(カナ)	
	口座番号			

受取代理人の欄	本請求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 3 年 5 月 29 日
	被保険者	住所	東京都大田区〇〇町1-2-3
		氏名	青空 太郎
	住所		
	代理人		
	氏名		
	委任者と代理人との関係		

(事)社会保険担当者印

健保組合受付印

領収書添付欄

■領収書(原紙)を糊付けして下さい

■同意書は貼らないで下さい

1ページ目、同意書と併せて左上をホチキスで止めてご提出下さい