

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※記入に際しての留意事項及び添付書類等は裏面をご覧ください。

なお、医療機関での受診状況を確認するため、支給は早くても施術を受けた月の3か月後となります。

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号番号								○発病又は負傷年月日				○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）			
	年 月 日								年 月 日							
	(フリガナ)								続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名								男 ・ 女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			
昭・平 年 月 日生												○業務上・外、第三者行為の有無				
								1. 業務上				2. 第三者行為である 3. その他				

※二重線内（「施術内容欄」及び「施術証明欄」）は施術管理者へ記入を依頼してください。

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				自・令和 年 月 日 ～ 至・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																軀 幹				円×				回＝				円				※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 _____ 日			
																	右上肢				円×				回＝				円							
																	左上肢				円×				回＝				円							
																	右下肢				円×				回＝				円							
																	左下肢				円×				回＝				円							
	温 罎 法 (加 算)																円×				回＝				円				※往療を必要とした場合に記入 往療日 _____ 日 往療を必要とした理由 _____							
																	円×				回＝				円											
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算) ※温罎法との併施は不可																右上肢				円×				回＝				円							
																	左上肢				円×				回＝				円							
																	右下肢				円×				回＝				円							
																	左下肢				円×				回＝				円							
往 療 料																4 kmまで				円×				回＝				円								
																4 km超				円×				回＝				円								
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）																円																				
費 用 額 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、その費用を徴収しました。												保健所登録区分				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
																令和 年 月 日 所在地 _____																				
																免許登録番号 _____												施 術 所 名 _____				あん摩マッサージ指圧師 施術者名 _____				電 話 _____

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											

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																〒															
	東京中央卸売市場 健康保険組合理事長 殿																被保険者 住 所 (申請者) 氏 名 _____ 電 話 _____															

【保険給付金振込先】（①と②のいずれかに☑してください）

① マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

振 込 先	金融機関名				銀行・金庫・信組								支店名				本店・支店・出張所			
	種別				普通・当座・その他 ()								(フリガナ) 口 座 名 義							
	口座番号																			