療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

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（医師の同意を受けた傷病名）
	―	年　月　日	

施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	男・女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（　）	○業務上・外、第三者行為の有無
	昭・平　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
	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	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		摘要 ※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
	変形徒手矯正術	円×　肢×　回＝　円		
	温罨法	円×　回＝　円		※往療を必要とした場合に記入
	温罨法・電気光線器具	円×　回＝　円		往療日　・　・　・　日
	往療料　4㎞まで	円×　回＝　円		往療を必要とした理由
	往療料　4㎞超	円×　回＝　円		
	施術報告書交付料（前回支給：　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。 令和　年　月　日 免許登録番号＿＿＿＿ あん摩マッサージ指圧師	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
		所在地	
		施術所名	
		施術管理者名	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　〒　― 関西文紙情報産業健康保険組合理事長　殿　被保険者（請求者）住所 氏名　電話

支払機関欄		
	振込指定口座	【被保険者（請求者）又は委任代理人の口座に限ります】 銀行　店番　普通 ＿＿＿＿ 信用金庫 ＿＿＿＿ 支店（　　）当座 口座番号（左づめ）　口座名義（ｶﾀｶﾅ）
	受取代理人	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。　令和　年　月　日 被保険者（請求者）住所＿＿＿＿ 氏名＿＿＿＿ **※施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任はできません。** 委任された方　住所＿＿＿＿ 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		

※必ず裏面の注意事項等をお読みください

＜記入にあたっての注意事項＞

・申請書は暦月を単位として作成してください。

・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。

・「支払機関欄」は、被保険者名義又は委任代理人名義の口座を記入してください。

・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

＜提出の流れ＞　本人 → 健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書原本（支払金額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表

□１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書

―　健康保険が適用されるのは以下の場合のみです　―

医療上、マッサージを必要とする症状に限り健康保険が適用されます。

≪対象となる症状≫

筋麻痺、筋委縮、関節拘縮　など

※ただし、可動域の拡大等、症状の改善を目的としていることが必要です。

≪申請時の注意点≫

・保険医が交付する施術への「同意書」が必要です。

・疲労回復・慰安・予防を目的とするものは対象外です。

・同一疾病で医療機関（病院、診療所等）にて治療（投薬、マッサージ等）を同時に受けている場合、重複する期間は対象外です。

問い合わせ先　関西文紙情報産業健康保険組合　給付課　TEL.06-6765-9212