

<提出は 事業所経由⇒健康保険組合へ(任意継続者は直接健保)>

常務理事	事務長		係

法定給付費		円
付加給付費		円
合計支給額		円

## 療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)【 年 月分】

※当申請書は、施術所ごと・1ヵ月ごと・受診者ごとに1枚必要です。

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-		区分	本人・家族		
	事業所名						
	療養を受けた者	氏名			傷病名		
		生年月日	年	月	日	業務上／第三者行為	業務上・第三者行為・その他
		性別・続柄	男・女	続柄( )	施術に要した費用	円	
発症または負傷の原因 およびその経過							
以下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。その金額の受領を事業主に委任します。							
年 月 日		被保険者		住所			
レngoー健康保険組合 理事長 殿		(申請者)		氏名			

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施 術 者 内 容 指 記 入 欄	初療年月日	年 月 日		施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日	実日数	日	転 帰	継続・治癒・中止・転医																								
	傷病名および症状																																
	マッサー ジ	軀 幹	円×	回=	円	請求区分																											
		右上肢	円×	回=	円	新規・継続																											
		左上肢	円×	回=	円	摘 要																											
		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・電気光線器具		円×	回=	円																												
	往療料	4kmまで	円×	回=	円																												
		4km超	円×	回=	円																												
	施術報告書交付料(前回: 年 月分)																																
	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
	変形徒手矯正術 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																											
	年 月 日	住所(所在地)		施 術 所 名		氏 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																									

<<添付書類>>

1. 領収証(原本)
2. 医師の同意書(原本) ※口頭同意・無診察同意不可  
●初診時と以降半年ごとに必要
3. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入し、往療記録を添付してください。

受付日付印