

療養費支給決定何		業務部長	業務課長	係
支給決定額				
療養期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間	決定年月日		令和 年 月 日
	資格	取得年月日		年 月 日
		喪失年月日		年 月 日

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)
被扶養者

(月分、第 回)

・被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。但し、受領委任欄への押印は必要です。
・記入についてはペンを使用し訂正する場合は必ず訂正印を押してください。
・この請求書は各月ごとに提出してください。

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号番号		被保険者氏名		発病又は負傷年月日		傷病名			
					年 月 日					
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)		続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過				
施 術 所 記 入 欄	昭・平・令		年 月 日生		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無			
	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			
	マ ッ サ ー ジ		躯 幹	円 ×	回 =	円	摘 要			
			右上肢	円 ×	回 =	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入			
			左上肢	円 ×	回 =	円	施術者氏名			
			右下肢	円 ×	回 =	円	施術日 . . . 日			
			左下肢	円 ×	回 =	円				
	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 4kmまで		円 ×		回 =	円	往療を必要とした理由				
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					
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。				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				
	令和 年 月 日				施術所 所在地					
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 者 記 入 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。 年 月 日									
	被保険者 (申請者)		記号		番号					
委 任 欄	長野県農協健康保険組合理事長殿		氏名		殿に委任します。					
	上記の金額の受領方を事業主		名称		氏名		被保険者氏名			

1. 施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付してください。
2. 初回請求の際は医師の施術同意書 (有効期間6ヵ月) を添付してください。(継続して申請される場合2回目以降は (写し) 可。再同意を受けた場合は同意書添付)
3. 施術報告書交付料の請求がある場合は施術報告書の写を添付してください。
4. 摘要欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入してください。
5. その他該当する場合は往療状況確認表、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付ください。