健保使用欄						
受付年月日	年　月　日	常務理事	事務長	係員	係員
資格取得日	年　月　日				
資格喪失日	年　月　日				
支給年月日	年　月　日	支給額	円		

豊田通商健康保険組合御中

被保険者・被扶養者　療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者記入欄				
○被保険者証等の記号番号	○受療養者氏名	○続柄	○生年月日
－			年　月　日
○傷病名	○発症・負傷年月日	○業務上、第三者行為の有無	
	年　月　日	1. 業務上　2. 第三者行為である　3. 該当なし	
○傷病の原因及びその経過		○施術に要した費用	
		円	

①　給付金の受領は事業主に委任します。ただし、任意継続被保険者は健保組合に届出されている銀行口座へ振込します。
②　本療養費の支給に際し、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。
※上記に同意できない場合は、健保組合までご連絡ください。

年　月　日　　住　所
被保険者氏名
電話番号

施術内容・証明欄（施術者記入欄）

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自・　年　月　日～至・　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
変形徒手矯正術	肢 円×　×		回＝	円
温罨法	円×		回＝	円
温罨法・電気光線器具	円×		回＝	円
往療料　4kmまで	円×		回＝	円
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
一部負担金（1割・2割・3割）				円
請求額				円

摘要

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

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。
年　月　日
あん摩マッサージ指圧師免許登録番号

施術所
施術管理者

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
名称
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
			年　月　日		

【添付書類】①医師の同意書（原本）※同意日から6か月の施術に対し有効　②領収書（原本）※領収印のあるもの
③施術報告書（写）※施術報告書交付料が算定されている場合　④往療状況確認表　※往療料が算定されている場合
【提出先】　被保険者（本人）→　豊田通商健康保険組合