

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		
<p>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。</p> <p>年 月 日 住 所 被保険者氏名 電 話 番 号</p>				

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
	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 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
変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢 ×	回= 円	
温 罨 法	円×		回= 円	
温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具	円×		回= 円	
往 療 料 4 km まで	円×		回= 円	
往 療 料 4 km 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	

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。		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 施術所 所在地 あん摩マッサージ指圧師免許登録番号 名 称 電話 施 術 管 理 者 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
			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) ※領収印があるもの  
 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