

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ)

被 保 険 者 情 報 欄	保険証		フリガナ	申請日		年 月 日		
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号		生年月日		
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日			
	受療者氏名		続柄	年齢	生年月日		発症・負傷年月日	
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		年 月 日
	傷病名		傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください					
	第三者行為等による傷病ですか？		業務上による傷病ですか？		施術に要した費用			
	<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合まで <input type="checkbox"/> いいえ お問合せください		※領収書の合計金額 (月単位) 円			
	委任状		① 給付金の受領は事業主に委任します。 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 被保険者住所 〒 被保険者氏名 電話 番号					
振込先		・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 口座名義人 (カタカナ)						
施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入)	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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
	傷病名 (症状)						転帰	
							<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	
	マッサージ		躯 幹	円 ×	回 =	円	摘要	
			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			円 ×	肢 ×	回 =	円	
温電法			円 ×	回 =	円			
温電法・電気光線器具			円 ×	回 =	円			
往療 往療料 4kmまで			円 ×	回 =	円			
加算 (km)			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◎		(月施術分)						
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		上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 年 月 日 所在地 〒 あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名 () 氏名 電話						
同意記録		同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
				年 月 日				
注意事項		療養費の支給は、毎月20日(土日祝の場合は翌平日)までに審査が完了した申請を翌月10日(金融機関休業日の場合は前平日)に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。 支給決定通知書 支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/						

【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

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

2024年6月改