

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

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

記入例

療養費支給申請書 (2024年3月分) (あんま・マッサージ)

被 保 険 者 情 報 欄	申請日	2024年4月1日				
	電話番号	〇〇〇-△△△-××××				
	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ		
	1234	5678	被保険者 氏名	健保 太郎		
	受療者氏名		続柄	年齢	生年月日	発症・負傷年月日
	健保 太郎		本人	34	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	1年6月1日 2024年3月5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			
	筋麻痺		(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)			
	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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒「第三者による傷病届」を提出		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒申請前に健保組合までお問合せください		※領収書の合計金額 (月単位) 3,150 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。 2024年4月1日 被保険者住所 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市 〇〇〇〇△△△△×××× 被保険者氏名 健保 太郎 電話番号 〇〇〇-△△△-××××					
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	加療期間			大口数	請求区分
	年 月 日	自	年 月 日	～ 至	年 月 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					摘要
	躯体幹					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						
温電法						
温電法・電気						
往療	往療料 加算					
施術報告書交付料						
合計	円					
施術日: 通院○ 往療○	(月施術分)					
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 3						
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 〒						
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名						
() 氏名 電話						
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				
支給の時期	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/					

施術者にて証明

【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