

療養費支給申請書(令和〇年〇月分) (あんま・マッサージ用)

9割

○被保険者証等の記号番号		①	○発病又は負傷年月日	②	○傷病名(医師の同意を受けた傷病名)
33〇×-111×××		令和〇年〇月〇日	腰痛症		
被保険者欄	(フリガナ) マルムラ マルコ	性別		○発症又は負傷の原因及びその経過	
		男	1.本人	④	××年の事故により歩行が困難
施術を受けた者 の氏名	○村 ○子	・ 2.配偶者	○業務上・外、第三者行為の有無		
Name(katakana)		女	3.子	5	4.その他
Birth Date 令和〇年〇月〇日生		Relationship		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	

施術内容欄	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
	マッサージ			継続・治癒・中止・転医
	変形徒手矯正術			摘要要
	温罨法			※施術管理者以外が施術した場合に記入
	温罨法・電気光線器具			施術者氏名
	往療料 4kmまで			施術日
	往療料 4km超			※往療を必要とした場合に記入
	施術報告書交付料 (前回支給: 年月分)			往療日
合計			往療を必要とした理由	
一部負担金				
請求金額				
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		

施術者記入欄

Please request that the acupuncture or moxibustion practitioner from whom you received treatment fill this out.

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			所在地		
免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師	施術所名	
				施術管理者名	印 電話

申請 請	⑥ 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。			Address	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	Name and Seal
	令和〇年〇月〇日			被保険者 (請求者)	住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇〇	Telephone Number
野村證券健康保険組合理事長 殿			氏名 ○村 ○郎	○印	電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇	
支払機関	支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	金融機関名 Bank	○印	銀行 Branch 本店 金庫 〇〇 支店 農協 出張所	
Health-insurance benefit payee		Account holder's name (In katakana)		Account number		
Consent record	マルムラ マルコウ	口座番号	XXXXXX	郵便局		
同意記録	同意医師の氏名 △△△△	住所 Address	同意年月日 令和〇年〇月〇日	傷病名 腰痛症	要加療期間 6ヶ月	
	Consenting doctor's name	Date of consent	Name of illness or injury	Period during		

*裏面に記入にあたっての注意事項があります。
確認の上ご記入ください。

* Notes on filling out the form are provided on the back.
Please check them before filling out the form.

<記入にあたっての注意事項> ⑦

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・当該申請書を提出の際には、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。

<その他添付書類（該当する場合）> ⑧

医師の同意書（原本） 施術報告書（写し） 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

① Date of Illness or Injury

② Name of Illness or Injury

③ The name of the person who received medical treatment

④ Cause of Illness or Injury (where, how)

⑤ Circle a response to indicate whether the issue is job-related or related to a third-party act.
1. Job-related 2. Third-party act 3. Other

⑥ Name of Insured Person and Seal or Signature

* Please read the information and then sign.

⑦ Notes on filling out the form

- ・Create the application based on calendar months.
- ・Ask the medical treatment manager to fill out the portion between the double lines (the medical treatment detail field and medical treatment certification field).
- ・For the payment organization field, enter the account under the name of the insured person.
- ・If attaching the original consent form, it is not necessary to fill out the consent record. However, if you are attaching the original consent form for an application covering the previous month or earlier and the period during which payment is possible based on this consent form is still ongoing, please fill out the consent form details on the consent record.
- ・When submitting the application, be sure to attach the receipt (original) indicating the costs necessary for the medical treatment.

⑧ Other documents to attach (if applicable)

Doctor's consent form (original) Medical treatment report (copy) Outpatient status confirmation table

The form indicating the reasons for and the status of medical treatment continuously provided for at least one year or at least 16 times per month