

Health Insurance Card Symbol/Number

SAMPLE

療養費支給申請書 (令和〇年〇月分) (あんま・マッサージ用)

| | | | |
|-----------------|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| 被保険者欄 | ○被保険者証等の記号番号 ① 33〇× - 111×××× | ○発病又は負傷年月日 ② 令和〇年〇月〇日 | ○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 腰痛症 |
| ③ 施術を受けた者の氏名 | (フリガナ) マルムラ マルコ | 性別 男 1. 本人 女 2. 配偶者 3. 子 4. その他 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 ④ ××年の事故により歩行が困難 |
| | 〇村 〇子 | | ○業務上・外、第三者行為の有無 ⑤ |
| | Name(katakana) | | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |
| | Birth Date 令和〇年〇月〇日生 | Relationship | |

| | | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|---|-------------------------|-------|---|
| 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 | 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 |
| | 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 | |
| | 往療料 4 kmまで | 円× | 回= | 円 | |
| | 往療料 4 km超 | | | 円 | |
| | 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | | 円 | |
| | 合 計 | | | 円 | |
| 一部負担金 | | | 円 | | |
| 請求金額 | | | 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 | | | |
| 施術証明欄 | 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 | | 保健所登録区分 | | |
| 免許登録番号 | あん摩マッサージ指圧師 | | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 施術所名 | | | | |
| | 施術管理者名 | | 印 電話 | | |

施術者記入欄

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

| | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 申請 | 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。 令和〇年〇月〇日 | | | |
| 支払機関欄 | 野村證券健康保険組合理事長 殿 | | 被保険者住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇 | 氏名 〇村 〇郎 |
| | Health-insurance benefit payee | | Address | Name and Seal |
| | | | Telephone Number | |
| | | | Bank | Branch |
| 同意記録 | 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 | 銀行 本店 金庫 〇〇 支店 農協 出張所 |
| | Account holder's name(In katakana) | | Account number | |
| | マルムラ マルロウ | | 口座番号 ×××××××× | |
| | 同意医師の氏名 | | 住 所 | 同意年月日 |
| △△ △△ | | △△市△△町△-△-△ | 令和〇年〇月〇日 | 腰痛症 |
| Consenting doctor's name | | Date of consent | Name of Illness or Injury | Period during |
| | | | | 6ヶ月 |

※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