

療養費決定欄	支 給 額	円	常務理事	事務長	担当	照合
	支 給 期 間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで				
	資 格 取 得	昭和・平成・令和 年 月 日				
	資 格 喪 失	令和 年 月 日				

※これより上欄は記入しないで下さい

店名 社員番号

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	被保険者証の		療養を受けた者の氏名		生年月日		被保険者との続柄	
	記号	番号			昭・平・令 年 月 日生			
	発病又は負傷年月日		平・令 年 月 日	傷病名				
	発病又は負傷の原因及びその経過					業務上・第三者行為の有無	1.業務上 2.第三者行為 3.その他	
	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 年 月 日							
	ライフコーポレーション健康保険組合殿 住所 申請者 (被保険者)氏名 ㊞ 電話							
	振込希望口座 ・被保険者名義を 記入して下さい ・ゆうちょ銀行の 支店名は漢数字 3ケタです	金融機関名	銀行 農協 金庫 信組			本店 支店 出張所	口座 種別	普通 当座
口座番号					口座名義 (被保険者)	カタカナで記入		

あんま・マッサージ・指圧師記入欄	施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分									
		平・令 年 月 日	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		日	新規・継続									
		傷病名又は症状	円			転帰									
						継続・治癒・中止・転医									
		マッサージ	軀 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											
往療料 4kmまで	円×	回＝	円												
加算(km)	円×	回＝	円												
費用額計	円			施術報告書 交付料 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。 令和 年 月 日														
	住所 あんま・マッサージ・指圧師 氏名 ㊞ 電話														
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							
				令和 年 月 日											

＜ 添付書類 ＞

- 1 自費診療についての領収書(原本)。※受診者名がわかるもの ※領収印があるもの
- 2 医療機関の主治医が発行する同意書(初診月)、6ヶ月を越えて引き続き施術を受ける場合は、再度同意書が必要

＜(施術師)注意事項＞

- 1 やむを得ない理由で傷病を診断した医師以外が同意する場合は、その理由を摘要欄に記載してください。
- 2 往療がある場合は、往療料の計算のわかる明細と往療を必要とする理由を摘要欄に記載してください。
- 3 他の医療機関での同様のマッサージ治療・柔整・鍼灸との併給はできません。