

常務理事	事務長	担当者

療養費支給申請書（ 年 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		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
			年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無		
		男・女		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())		
明・大・昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）				
岡谷鋼機健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。						
令和 年 月 日 被保険者氏名 (請求者氏名) 印						

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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	新規・継続																													
	傷病名及び症状				転 帰																												
					継続・治癒・中止・転医																												
	施術料	マッサージ (施術料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																								
			施術回数	回	回	回	回	回																									
		通所	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 1	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 2	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 3 (3人～9人)	円× 回＝ 円																														
		訪問施術料 3 (10人以上)	円× 回＝ 円																														
		温 罨 法 (加算)	円× 回＝ 円																														
		温罨法・電機光線器具 (加算)	円× 回＝ 円																														
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
		施術回数	回	回	回	回																											
特別地域 (加算)	円× 回＝ 円																																
往 療 料	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	訪問1①	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	
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																

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。		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	
	令和 年 月 日		〒 -		
申請欄	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。		住所	氏名	
	令和 年 月 日		殿 (被保険者)	電話	

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名		銀行	本店
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			金庫	支店
口座名義 (カタカナで記入)		口座番号			農協	出張所
					郵便局	

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
申請者 (被保険者)	住所 氏名	
代理人	住所 氏名	

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。