

被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ・指圧用)

(令和 年 月施術分)

医師の同意を得て、あんま・マッサージ・指圧の施術を受けたときに提出してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 - 番号		電話番号	
	-		電話番号は日中連絡可能な連絡先	
	被保険者 氏名			
	受療者氏名 氏名			
	続柄	年齢	生年月日	発症・負傷年月日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	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	
	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？	
	<input type="checkbox"/> はい →「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい →申請前に健保組合までお問合せください <input type="checkbox"/> いいえ	
	施術に要した費用		※領収書の合計金額 (月単位) 円	
被保険者名義の振込先				
給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申請いただいた口座へ振り込みます)				

施 術 内 容 ・ 証 明 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	<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	躯 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 往療料 4kmまで	円 ×	回 =	円				
	療 加算 (km)	円 ×	回 =	円				
	合計				円			
施 術 者 記 入 欄	施術日：通院○ 往療◎ (月施術分)							
	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							
	上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 電話							
	令和 年 月 日 所在地 あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名 () 氏 名							
同 意 記 録	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			
	再同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間			

《提出先》本人記入 → 施術所記入 → 本人 → トヨタ車体健康保険組合

【支払】 原則、各月 15日到着分を当月末に支払、または 月末到着分を翌 15日に支払
(5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります)

【添付書類】 ・医師の同意書 (原本) ・施術に要した費用の領収証 (原本) ・施術証明書が交付された場合は添付

【注意事項】 ※ 1 初回申請時は必ず医師の同意書(原本)を添付してください。

※ 2 継続して申請される場合は、再同意の有効期間にご注意ください。(有効期限6ヶ月)

※ 3 新たに医師の同意証明書が発行された場合は必ず添付 (原本) してください。

2024年4月改定