

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ)

川崎汽船健康保険組合 宛て

令和 年 月 日提出

被保険者(申請者)記入欄	①被保険者証の記号・番号 記号 _____ 番号 _____		②事業所名 _____	
	③被保険者氏名 _____		④受診者(療養を受けた者)氏名 _____	
			続柄 _____	
			男・女 _____	
	⑤被保険者の住所 _____		生年月日 昭・平・令 年 月 日	
⑥発病又は負傷年月日 令和 年 月 日		⑦傷病名 _____	⑧発症又は負傷の原因及びその経過 _____	
⑨業務上の負傷によるものですか はい _____ いいえ _____		⑩第三者の行為によるものですか はい _____ いいえ _____		

あんま・マッサージ・指圧師(施術者)記入欄	初療年月日 令和 年 月 日		施術期間 自)令和 年 月 日 ~ 至)令和 年 月 日		実日数 日	請求区分 新規 継続		
	傷病名 _____					転帰 _____		
	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			継続 治癒 中止 転医 摘要 (往診が必要な理由や施術に関する特記事項を記入)		
	温電法		円× _____ 回= _____ 円					
	温電法・電気光線器具		円× _____ 回= _____ 円					
	変形徒手矯正術 ※温電法との併施は不可		円× _____ 肢× _____ 回= _____ 円					
	往療料	4km まで	円× _____ 回= _____ 円					
		4km 超	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 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			
	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		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 _____	
	あんま マッサージ 指圧師 免許登録番号 _____		氏名 _____		住所 _____		電話 _____	
	同意医師の氏名 _____		所在地 _____		同意年月日 令和 年 月 日		傷病名 _____ 要加療期間 _____	

【注意事項】 ■ 毎月ごとに、この申請書をご記入ご提出ください。 ■ 申請書の⑨・⑩が「はい」の場合は、申請前にご連絡ください。
 【添付書類】 ①医師の同意書(初診・更新時は原本)※ ②施術費の領収書(原本) ③往療状況確認表(往療時) ④続紙(不明な場合、事業所担当へ要確認)
 ※同意書の有効期限は発行日から6ヶ月。なお、その他必要に応じて、上記以外の書類をご提出いただく事がございます。 健保受付印

組合記入	受付	令和 年 月 日	支払日	令和 年 月 日
	支給決定	令和 年 月 日	支給決定金額	円 _____