

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ用)

受 療 者 欄	被保険者証の記号番号		発病又は負傷年月日		傷 病 名	
	—		年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(カナ)	男・女	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過	
		業務上・外、第三者行為の有無				
昭・平 年 月 日生		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他				
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実 日 数	
	年 月 日		年 月 日 ~ 日		日	
	傷 病 名 又 は 症 状				請 求 区 分	
					新 規 ・ 継 続	
					転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
					摘 要	
	マ ッ サ ー ジ		回 =		円	
	変 形 徒 手 矯 正 術		回 =		円	
	温 罨 法		回 =		円	
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		回 =		円	
	往 療 料 4kmまで		回 =		円	
	往 療 料 4km超		回 =		円	
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×		回 =	
合 計				円		
施術日 通院○ 往療◎		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。		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	
	年 月 日		住所			
免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師 氏名		電話		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日	
					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。〒					
	年 月 日					
JAST健康保険組合理事長 様		被保険者 (申請者) 氏名		住所 電話		
振 込 口 座	公金受取口座		マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します			
	☐		※ 利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入			
	金融機関名		支店名		口座番号	
			本店 支店		口座名義	
		普通 当座		(カナ)		
		その他()				

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。

委 任 欄	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。		被保険者(申請者)との関係 ()	
	年 月 日		住所	
	住所		電話 ()	
	被保険者 (申請者) 氏名		代理人 氏名	

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

1. 領収書(患者氏名、施術日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例: あんま・マッサージ施術代)の記載と領収印の押印が必要)

2. 同意書

注: 同意書は、初療日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可。ただし、変形徒手矯正術については初療日から起算して1ヶ月まで有効。(再同意書では初療日を医師の再同意日と読み替える)

3. 施術報告書の写し(該当する場合のみ)

4. 往療状況確認表(該当する場合のみ)

5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書(該当する場合のみ)

受付年月日