

療養費支給申請書（ 年 月分）（マッサージ用）

令和 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

下記の通り領収書及び同意書を添え請求します。

		事業所の名称				
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	—		所 属		
	被保険者の 氏名と印	印		被保険者の 住所・電話	〒 〇〇〇 〇〇〇	
	資格取得 年月日	昭和 平成 年 月 日		資格喪失 年月日	令和 年 月 日	
	発病又は 負傷年月日			傷 病 名		
	発病又は 負傷の原因			傷病の経過		
	療養を受けた 者の氏名			生年 月日	昭 平 年 月 日	続柄
業務上・外、第三者の行為の有無		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			
	平・令 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日			
	傷病名又は症状				実日数	日
					発症又は負傷年月日	
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円× 回=	円	請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要 (往療がある場合の 往療理由等)
			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 罨 法	円× 回=	円			
	温罨法・電気光線器具	円× 回=	円			
往療料 4 km まで	円× 回=	円				
加 算 (km)	円× 回=	円				
費 用 額 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				
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			
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		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		
	あん摩マッサージ指圧師		住所			
免許登録番号		氏名	印 電話			
重 複 の 有 無	医療機関との 支給決定伺	支給期間	自 令和 年 月 日	支給伺	令和 年 月 日	
			至 令和 年 月 日	日間	令和 年 月 日	
	支給金額	円	担当	課 長	事務長	常務理事

記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。②ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。

給付金の支払いは、健保組合に登録されている口座への振り込みとなります。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。