

| | | | | | |
|--------|-----|-----|-------|---|-------|
| 決 済 | 理事長 | 事務長 | 課長(補) | 係 | 受付年月日 |
| | | | | | |

療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ用) 【令和 年 月分】

| | | | |
|-------------------------|---|------------|----------------------|
| 被保険者証 | 記号 | 番号 | 昭・平・令 年 月 日 |
| 療養を受けた被保険者氏名 | 組合員との続柄 | | 1 本人 2 家族 3 その他 () |
| 初療年月日 | 年 月 日 | 請求区分 | 新規・継続 転記 治癒・継続・中止・転医 |
| 施術期間 | 自 年 月 日 | ～ 至 年 月 日 | 実日数 日 |
| 傷病名または症状 | | | |
| 原因 | 1 業務上 | 2 第三者行為 | 3 その他 摘要 |
| マッサージ | 躯幹 | 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 |
| 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 | 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) | 円 × 回 = | 円 | |
| 上記費用金額の合計 | | | 円 |
| 施術日 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | ※通院は○、往療は◎ | |
| 月 | 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| 施術証明書 | 上記のとおり施術を行いました。 令和 年 月 日 住所 免許登録番号: あんまマッサージ指圧師 氏名 ④ 電話番号 | | |
| 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 |
| 振込先口座 | 銀行・信金 本店・支店 労金・農協 | | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 | 口座番号 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |
| 申請欄 | 上記の療養に要した費用に関して、必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 ④ 長野県医師国民健康保険組合理事長 殿 | | |

※太枠の中を記入してください

- <添付書類> ①領収書 (原本) ②初回および6か月毎に医師の同意書 (原本)
③その他費用算定に必要なもの (該当する場合)

| | | | |
|------|---|-----|---|
| 給付割合 | 割 | 支給額 | 円 |
|------|---|-----|---|