

決裁	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				生年月日																				
組合員との続柄		1 本人		2 家族		3 その他 ()																		
施術内容欄	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			
月		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										※通院は○、往療は◎		
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 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														
☐ 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。振込先口座の記入が不要になります。																								
☐ 振込口座を指定する																								
⇒ お振込先の口座を ご記入ください。												銀行・信金 労金・農協		本店・支店										
		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 TEL () 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	
(R5. 4)							