カヤバ健康保険組合　理事長様　　○　年　○　月　○　日提出

療養費支給申請書（　○　年　○　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄

○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）
2 0 1 ― 5 5 5 5 5	○年　○　月　○　日	脳出血による筋肉麻痺

施術を受けた者の氏名	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　ジロウ 健保　次郎 男・女 昭・平・令 40 年 5 月 5 日生	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（　）	脳出血による後遺症 ○業務上・外、第三者行 1．業務上　2．第三者

パソコン入力の場合は、押印が必要です。

本紙（または添付）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。ただし、給付金の受領[illegible]カヤバ健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等[illegible]当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。申請書は本人が作成し、記載について誤りがな[illegible]本人が確認しています。

○年　○月　○日　　住所　岐阜県可児市土田 777 番地
被保険者氏名　健　保　次　郎　　健保　（署名又は記名押印）

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平成　年　月　日	自 令和　年　月　日～至 令和　年　月　日	日	新規・継続
傷病名又は症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

マッサージ	躯幹	円×	回＝	円
	右上肢	円×	回＝	円
	[illegible]			円
	[illegible]			円
	[illegible]			円
変形徒手矯正術				円
温罨法				円
温罨法・電気光線器具				円
往療料　4㎞まで		円×	回＝	円
往療料　4㎞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

二重線内（施術内容欄・施術証明欄・同意記録）は、施術管理者へ記入を依頼してください。

摘要
※施術管理者以外が施術した場合に記入
施術者氏名＿＿＿＿＿＿
施術日　・　・　・　日

※往療を必要とした場合に記入
往療日　・　・　・　日
往療を必要とした理由

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

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。
年　月　日
免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ あん摩マッサージ指圧師

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
所在地
施術所名
施術管理者名　電話

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		

事業主記入欄

委任を受けた給付金の受領は、カヤバ健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

受任者
所在地
事業所　名称
事業主名

＜記入にあたっての注意事項＞
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」および「同意記録」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞
□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）