

療養費支給申請書 (令和 年 月分)

(あんま・マッサージ 償還払用)

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番号(右詰め)	被 保 険 者			事業所・所属・連絡先		
	一 般			氏 名				事業所名	
	任意継続	9 0 0 0						所属名	
特例退職	9 5 0 0		生年月日	昭・平 年 月 日生	連絡先	— —			
療 養 を 受 け た 者	(フリガナ)			性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生	続 柄	
傷 病 名				発病又は負傷の年月日	年 月 日	負傷の場合は	時頃		
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 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他									
申 請 欄	下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。(なお、療養費の振込先は農中健保へ届出ている口座とします。) <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 農林中央金庫健康保険組合理事長 殿 <p style="text-align: right;">申請者 住所 〒</p> (被 保 険 者) 氏名								
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )									
事業主への受領委任 (特例・任継の方は記入不要)		(会社名をご記入ください、支店名は不要) 本請求に基づく給付金の受領を事業主 委任します。 被保険者名							

被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【あんまマッサージ指圧師記入欄】

施 術 内 容 欄	初療年月日	平・令 年 月 日	施術期間	自 至	令和 年 月 日	実日数	日間																											
	傷病名又は症状			請求区分	新規・継続																													
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘 要																												
		右上肢	円 ×	回 =	円																													
		左上肢	円 ×	回 =	円																													
		右下肢	円 ×	回 =	円																													
		左下肢	円 ×	回 =	円																													
	温 庵 法 ( 加 算 )	円 ×	回 =	円																														
	温庵法・電気光線器具(加算)	円 ×	回 =	円																														
	変 形 徒 手 矯 正 術 ( 加 算 ) ※温庵法との併施は不可	右上肢	円 ×	回 =	円																													
左上肢		円 ×	回 =	円																														
右下肢		円 ×	回 =	円																														
左下肢		円 ×	回 =	円																														
往 療 料 4kmまで	円 ×	回 =	円																															
往 療 料 4km超	円 ×	回 =	円																															
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円																															
<b>費 用 額 合 計</b>																																		
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。			令和 年 月 日	あんまマッサージ指圧師免許登録番号	保健所登録区分	<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地	所在地	施術所名	氏 名	電話番号																							
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	令和 年 月 日	傷 病 名	要加療期間																												

(健康保険組合使用欄)

支給・支払伺

支 給 額	法 定					円
	付 加					円
	計					円

受 付 日	決 定 日	処 理 日	常 務 理 事	事 務 長	係
-------	-------	-------	---------	-------	---