健保組合処理欄	支払年月日		常務理事	事務長	GL	係
	支給額	健保記入欄 円				
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年 月 日	
	7割 ・ 8割 ・ 9割			喪失	年 月 日	

豊田自動織機健康保険組合 御中

☑被保険者
☐被扶養者

療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

(R1 年 5 月分)
第 1 回目

被保険者記入欄

被保険者証 記号・番号	受療者氏名	続柄	生年月日
4700 － 1234	健保 太郎	本人	(昭)・平・令 56 年 4 月 1 日

発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか？
平成・令和 1 年 5 月 10 日	(医師の同意を受けた傷病名)	☐はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 ☑いいえ

傷病の原因及びその経過	施術に要した費用
(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)	4,620 円

再同意方法 (医師の同意書の添付がない場合のみ記入)

確認者	☑受療者 ☐受療者の家族 ☐あん摩師 ☐マッサージ師 ☐指圧師 ☐その他 ( )
方法	☐電話(月 日) ☐書面(月 日)☑ ☐診察日に口頭(5 月 24 日)

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、給付金の受領を下記事業主に委任します。また、豊田自動織機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の内容照会を行うこと、また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。

令和 1 年 6 月 10 日　住所 愛知県豊田市若宮町2丁目66番地

被保険者氏名 (請求者氏名) 健保 太郎 ㊞　電話 **********

施術内容・証明欄(施術者記入)

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平成・令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日	日	新規・継続

傷病名(症状)	転帰
	継続・治癒・中止・転医

マッサージ	駆幹	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	
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 往療料 2kmまで		円 ×	回 =	円	
往療 加算 (km)		円 ×	回 =	円	
合計				円	

施術者記入欄

施術日：通院○ 往療◎　(月施術分)

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

上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。

令和 年 月 日　所在地

あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 ( )　施術所名

氏名 ㊞　電話

同意記録

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平・令 年 月 日		
再同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平・令 年 月 日		

事業主記入欄

委任を受けた給付金の受領は、豊田自動織機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

会社記入欄

会社印 ㊞

【提出の流れ】本人 → 会社 → 健保 (任意継続者は直接健保へ)

備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】**①医師の同意書(原本)※ ②施術に要した費用の領収証(原本)**

※『①医師の同意書』は初回申請時は添付が必要となります。(有効期間:3ヶ月) 2回目以降の申請において再度『同意書』の添付は不要ですが、申請書内の『同意記録』の記載が必要となります。(ただし、「変形徒手矯正術」は『同意書』の毎回添付が必要)