|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **給付支給決定並びに支給伺い** | | | | | 伺年月日 | . . |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 支給額 | 円 | 決裁年月日 | . . |
|  |  |  | 取得年月日 | . . |
| 喪失年月日 | . . |

**【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。**

**(マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください)**

**療養費支給申請書**（　　年　　月分）（あんま・マッサージ・指圧用）

ナブテスコグループ健康保険組合　理事長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日請求

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者記号－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） | |
| － | | | | | 平・令 　 年 月 日 | | | | | | |  | | |
| 被　保　険　者　記　入　欄 | 施術を受けた者の氏名 | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | | 続 柄 | | | 発症又は負傷の原因及びその経過 | | |
|  | | | | |  | 1.本人  2.配偶者  3.子  4.その他( ) | | |  | | |
| 業務上・外、第三者行為の有無 | | |
| 昭・平・令 年 月 日生 | | | | | | １．業務上　２．第三者行為である　３．その他 | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  ナブテスコグループ  健康保険組合理事長　殿 | | | | | | 被保険者  （請求者） | | | 〒　　 －  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | |
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | | 住所 | | | | | | | 同意年月日 | | | 傷病名 |
|  | |  | | | | | | | 年 月 日 | | |  |
| 要加療期間 | | ～ | | | | | | | | | | |

※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施術内容欄 | 初療年月日 | | | 施術期間 | | | | | | 実日数 | | 請求区分 | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | 自・令和　　年　　月　　日～至・令和　　年　　月　　日 | | | | | | 日 | | 新規・継続 | |
| 傷病名又は症状 | | |  | | | | | | | | 転帰 | |
| 継続・治癒・中止・転医 | |
| マッサージ | | | 躯　幹  右上肢  左上肢  右下肢  左下肢 | 円×  円×  円×  円×  円× |  | |  | 回＝  回＝  回＝  回＝  回＝ |  | 円  円  円  円  円 | 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 | |
|
| 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　　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 |
| 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。 | | | | | | 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 | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  あん摩マッサージ指圧師  免許登録番号 | | | | | | 所在地 | | | | | | |
| 施術所名 | | | | | | |
| 施術者名　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | |
| ＜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。 * 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。 * 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）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（原本） □１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（原本） | | | | | | | | | | | | | |