

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 被保険者（申請者）、あん摩・マッサージ師 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。 申請日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者 の 記 号 (1か2か3)	番 号 (06270748ではありません)(右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください											
	氏 名 (フリガナ)	印		自署の場合は 押印を省略 できます	生 年 月 日	年	月	日						
申 請 内 容	受診した方 の氏名	続 柄			生 年 月 日	年	月	日						
	傷病名、発症または負傷 の原因およびその経過								(いずれかに○をしてください) 業務上・第三者行為・その他					
	施術した 場所	(入居施設や住所地特例等、届出住所と異なる場合に記載)			発病または 負傷年月日	年	月	日						
	受領委任 について	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。(健保→事業主→被保険者)											委任します 印	
届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合(右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合(右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを 受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う											委任します 印		

あ ん 摩 ・ マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	年	月	日	施術期間	年	月	日	～	年	月	日																															
	実日数	日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止・転医						摘要																															
	傷病名及び症状																																										
	施 術 料	マッサージ(施術料)	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																																			
			施術回数	回	回	回	回	回																																			
		通所		円	×	回	=	円																																			
		訪問施術料 1		円	×	回	=	円																																			
		訪問施術料 2		円	×	回	=	円																																			
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円	×	回	=	円																																			
		訪問施術料 3 (10人以上)		円	×	回	=	円																																			
温電法(加算)			円	×	回	=	円																																				
温電法・電機光線器具(加算)			円	×	回	=	円																																				
変形徒手矯正術(加算)		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																																					
※温電法との併施は不可	施術回数	回	回	回	回																																						
特別地域(加算)		円	×	回	=	円																																					
往療料		円	×	回	=	円																																					
施術報告書交付料	(前回支給 年 月分)	円	×	回	=	円																																					
費用額計 円																																											
施術日	訪問1①	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										
通所②																																											
往療③																																											
○往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使ての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他( ))																																											
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																														
	年	月	日	施 術 所 住 所	名称	電話																																					
	登録記号番号	施 術 管 理 者 氏 名											印																														
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																												
													年	月	日																												

注 意 事 項	1.発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。 2.任意継続の方は資格取得時に申請された給付金の振込口座への入金となります。 3.大阪ガス社員で届出を委任しない方は、①の時に返送用の重要便シールを同封してください。	事 業 主 欄	受領の代理人であることを証明します。 年 月 日
記 入 上 の 注 意	1.摘要欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。 2.初療の日から6ヶ月を経過した場合、医師の診察を受け診察日の記入のある同意書を添付し、同意をした医師の氏名、住所、再同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合には、その期間を同意記録欄に記入してください。		事業所所在地
添 付 書 類	1.治療(施術)費の領収書(原本) 2.医師の同意書(初回および必要時) 3.内容により追加書類有		事業所名称
		電話番号	
		印	
※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。			

※提出先：(大阪ガス) 人事部人事サービスチーム / (関係会社) 各事業所 人事総務 / (任意継続) 大阪ガス健康保険組合

健保組合	療養費用	自己負担額	差引支給額
記入欄	円	円	円

大阪瓦斯健康保険組合 健保受付日付印