

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

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

被保険者 **療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)** ( 1 年 5 月分 )  
被扶養者 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 1 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?		
	平令 31 年 4 月 1 日	(医師の同意を受けた傷病名)	<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input checked="" type="checkbox"/> 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)		6,800 円		

本紙(又は添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請し、給付金の受領を下記事業主に委任します。  
 また、トヨタ関連部品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 5 月 1 日 住 所 **愛知県豊田市若宮町2丁目66番地**  
 被保険者氏名 **健保 太郎** (健保) 電話 \*\*\*\*\*

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	自平・令 年 月 日	日 ~ 至平・令 年 月 日			日
傷病名又は症状					
				転帰	
				継続・治癒・中止・転医	
概要					
施術内容・ 証明欄(施術者 記入欄)	マッサージ	駆 幹 円 × 回 = 円 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			
	合計	円			
	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。 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 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(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		

委任を受けた給付金の受領は、トヨタ関連部品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 **会社記入欄**  
 事業所 名称 **会社印**  
 事業主名 (印)

【提出の流れ】申請者 → 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)※1.2 ②施術に要した費用の領収証(原本) ③施術報告書(写)※3

※1『医師の同意書』は申請の都度添付することが原則となりますが、同意書の有効期間内における2回目以降の申請においては、同意書の添付を省略して差し支えありません。(有効期間:6ヵ月)ただし、「変形徒手矯正術」については、同意書の有効期間は1ヵ月とされており、申請の都度必ず同意書を添付する必要があります。

※2『医師の同意書』の有効期間を超えて更に施術を受ける場合は、医師の診察を受けたうえで、あらためて交付された『医師の同意書』を添付する必要があります。

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた『施術報告書(写)』を添付する必要があります。