療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者記入欄

①被保険者等記号・番号	②被保険者の氏名	③被保険者の生年月日
－	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年　月　日生

④被保険者の住所	電話番号
〒　－	(　　)

⑤施術を受けた者	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	⑥続柄	⑦発病または負傷年月日
	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 (　)	年　月　日
	年　月　日生		⑧傷病名(医師の同意を受けた傷病名)

⑨発症または負傷の原因及びその経過	⑩業務上・外、第三者行為の有無(○を付けてください。)
	1. 業務上　2. 第三者行為である　3. その他

施術管理者記入欄

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

施術料		同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
マッサージ(施術料)		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 (3～9人)	円×	回＝	円			
	訪問施術料 3 (10人以上)	円×	回＝	円			
温罨法		円×	回＝	円			
温罨法・電気光線器具		円×	回＝	円			

変形徒手矯正術	同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
	施術回数	回	回	回	回
	円×	回＝	円		
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		
合計	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

施術日 訪問1 ①　通院○ 訪問2 ②　往療◎ 訪問3 ③　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

○往療又は訪問の理由 (1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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。

年　月　日

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

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
所在地	
施術所名	
施術管理者名	電話

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		

給付金の振込口座等　(※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関	銀行　信用金庫　信用組合　農協　労働金庫	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)
	本店　支店　出張所	店番号 (3ケタ)	□ 普通 (総合口座)　□ 当座	口座番号(数字7ケタ)

＜添付書類＞　1. 施術に要した費用の領収書(原本)

＜該当する場合＞　2. 医師の同意書(原本)　3. 施術報告書(写し)　4. 往療状況確認表　5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

保険給付の公金受取口座利用届

令和　　年　　月　　日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合　御中

保険給付の申請にあたり、公金受取口座を利用します。
（マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。）

被保険者等記号番号　＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

被 保 険 者 氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　中　連　絡　先　＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

【公金受取口座の利用についての留意点】

1. 公金受取口座の利用を希望される場合は、各申請・請求の都度、当該届出の添付が必要となります。当該届出の添付がない場合は、通常通りの振込となります。
（在職中の方は「事業主経由」、任意継続・特例退職被保険者の方は「加入時に登録した給付金振込口座」もしくは「申請書・請求書記載の口座」への振込となります。）

2. 情報連携により「公金受取口座の情報が取得できない場合」「公金受取口座の口座名義が被保険者氏名と異なる場合」「取得した公金受取口座への振込ができなかった場合」等の際には、被保険者に確認のご連絡をさせていただきます。連絡の取れない場合には、通常通りの振込となりますのでご了承ください。

3. 当組合が情報連携により公金受取口座の情報を取得した後に、ご自身でマイナポータル等から公金受取口座の登録変更をした場合には、変更前の公金受取口座に振り込まれる場合があります。

以上