

支給額	
-----	--

支給期間	自平成	年	月	日
	至平成	年	月	日
			日間	

受	付	
決	定	

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	係員

資格取得	
資格喪失	
支払年月日	

被保険者 被扶養者		療養費支給申請書 (はり、きゅう用)		
愛知県自動車販売健康保険組合理事長 殿		平成 年 月 日		
住所 被保険者 氏名		印		
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。 (※申請に必要なもの: 施術内容証明書、施術に要した費用の領収書、医師の同意)				

被保険者証の 記号と番号		事業所 の名称	
-----------------	--	------------	--

施術を受けた者の				
氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄

傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 腰痛症	<input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群後遺症	<input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 五十肩
-----	--	--	--	------------------------------

発病又は 負傷年月日	第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	労務によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

発病又は 負傷の原因	どこで
	どのように

施術を受けた 施術所の	名称	所在地
----------------	----	-----

施術を 受けた日	平成 年 月分 【計 日間】
暦月単位で1月に つき1枚の申請が 必要となります。	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
	※施術を受けた日に○をつけてください。

診療を受けている医師による、はり、きゅう施術の同意書について
※初回の申請、または前回提出した同意書の有効期限後の申請には、医師の同意書を添付してください。
なお、有効期限が同意日から3か月を超える場合や、有効期限の記載がない場合は、同意日から3か月を有効期限とします。
また、初回以降は口頭での同意も有効ですが、同意した医師へ確認する場合がありますので下記に正確にご記入ください。

この申請書に同意書を添付していますか	<input type="checkbox"/> 添付していない(↓にご記入ください)	<input type="checkbox"/> 添付している
--------------------	---	---------------------------------

添付していない場合、直前に施術に同意した医師についてご記入ください。

同意した 医師の	氏名	医療機関名称
	住所	

いつ受けたか	誰が受けたか	どのように同意を受けたか
月 日	<input type="checkbox"/> 受療者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師	<input type="checkbox"/> 電話で <input type="checkbox"/> 医療機関を受診した日に口頭で <input type="checkbox"/> 文書で → <input type="checkbox"/> 郵送・発送で <input type="checkbox"/> 医療機関で直接手渡しで

※同意した医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。

支給額	
-----	--

支給期間	自平成	年	月	日
	至平成	年	月	日
			日間	

受	付	
決	定	

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	係員

資格取得	
資格喪失	
支払年月日	

被保険者 被扶養者	療養費支給申請書	(あん摩・マッサージ用)
愛知県自動車販売健康保険組合理事長 殿		平成 年 月 日
住所 被保険者 氏名		印
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。 (※申請に必要なもの: 施術内容証明書、施術に要した費用の領収書、医師の同意)		

被保険者証の 記号と番号		事業所 の名称	
-----------------	--	------------	--

施術を受けた者の				
氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄

傷病名		発病又は 負傷年月日	
-----	--	---------------	--

発病又は 負傷の原因	どこで
	どのように

第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	業務中に発生 したものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
--------------------	---	-------------------	---

施術を受けた 施術所の	名称	所在地
----------------	----	-----

施術を 受けた日	平成 年 月分 【計 日間】
	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
	※施術を受けた日に○をつけてください。

診療を受けている医師による、あんま・マッサージ施術の同意書について
※初回の申請、または前回提出した同意書の有効期限後の申請には、医師の同意書(※)を添付してください。
なお、有効期限が同意日から3か月を超える場合や、有効期限の記載がない場合は、同意日から3か月を有効期限とします。
ただし、変形徒手矯正術への施術の場合は、1か月ごとに同意書を添付してください。(※口頭での再同意も有効)

この申請書に同意書を 添付していますか	<input type="checkbox"/> 添付している <input type="checkbox"/> 添付していない(↓にご記入ください)
------------------------	--

添付していない場合、直近に医師から施術の同意を受けたのは		
いつ受けたか	誰が受けたか	どのように同意を受けたか
月 日	<input type="checkbox"/> 受療者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師	<input type="checkbox"/> 電話で <input type="checkbox"/> 医療機関を受診した日に口頭で <input type="checkbox"/> 文書で → <input type="checkbox"/> 郵送・発送で <input type="checkbox"/> 医療機関で直接手渡して

※同意した医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。

被保険者の方へ この施術証明書は、施術を受けたあん摩・マッサージ等で記入を受けてください。
療養費支給申請書(あん摩・マッサージ用)には、この施術内容証明書と領収書と医師による施術の同意書(※)の添付が必要です。
(※療養費支給申請書(あん摩・マッサージ用をご確認ください))

施術内容証明書 (あん摩・マッサージ用)

【平成 年 月分】

被保険者の 記号・番号	記号		受療者の 氏名	(生年 昭和 年月日 平成 年 月 日)			本家区分		
	番号	番号					本人・家族		
初療年月日		施術期間			実日数	請求区分			
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日			日	新規・継続			
傷病名						転帰			
						継続・治癒 中止・転医			
あん摩・ マッサージ・ 指圧師記入欄	マッサージ		軀 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	
			往療料 4Kmまで		円 ×	回 =		円	
			往療料 4Km超		円 ×	回 =		円	
費用額計						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			
		平成 年 月 日							
同意証欄		施設の所在地							
		あん摩 マッサージ 指圧師 名称							
同意証欄		氏名							
		電話							
同意証欄		あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号 ()							
		同意医師氏名		住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意証欄		再同意医師氏名		住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
		年 月 日							