

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号—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)																													
	年 月 日					年 月 日					年 月 日																													
	(フリガナ)					続 柄					○発症又は負傷原因及びその経過																													
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名					男・女					○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																													
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日					施 術 期 間										実 日 数					請 求 区 分																			
	平成・令和 年 月 日					自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日					新 規 ・ 継 続																			
	傷病名及び症状																				転 帰																			
																					継続・治癒・中止・転医																			
	マッサージ (施術料)					同意部位		(軀 幹)	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)	摘 要																											
						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 罨 法 (加 算)					円×		回=			円																													
	温罨法・電気光線器具 (加 算)					円×		回=			円																													
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可					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																														
施 術 日 訪 問 1 ①					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 訪 問 2 ②																																								
往 療 ③ 訪 問 3 ③					月																																			
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 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。															令和 年 月 日					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					所在地					所在地														
	免許登録番号															施術所名					施術管理者名					電話														
	あん摩マッサージ指圧師															電話					電話					電話														
申 請 欄	上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																																							
支 払 機 関 欄	支 払 区 分										預 金 の 種 類										金 融 機 関 名										銀 行					本 店				
	1. 振 込 2. 当 地 払										1. 普 通 2. 当 座																				金 庫					支 店				
□ 座 名 義 カタカナで記入										□ 口座番号																				農 協					出 張 所					
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				
																					令 和 年 月 日																			

<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。
- ・ 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。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「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、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>被保険者 → 健康保険組合

※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
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書