

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	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日					○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																			
	—										年 月 日																								
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ)										続柄					○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 ())																			
																○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																			
昭・平・令 年 月 日生										男・女																									
施術内容欄	初療年月日					施術期間										実日数					請求区分														
	() 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														
	施術料	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																						
		温電法 (加算)							円×		回=		円																						
		温電法・電気光線器具 (加算)							円×		回=		円																						
		変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可					同意部位		(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																							
						施術回数		回	回	回	回																								
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		回=		円																								
施術日	訪問1①	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2②	月																																	
往療◎	訪問3③																																		
○往療又は訪問の理由 (1. 独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。 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														
	免許登録番号															住所					氏名			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															住所					氏名			電話											
	申請者 (被保険者) 殿															住所					氏名			電話											
支払機関欄	当健保組合にお届けのゆうちょ口座に送金いたします。																																		
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														

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 当健保組合は償還払いです。

代理人 住所
氏名

添付書類 領収書 (原本)、医師が交付した同意書・再同意書 (原本) を添付してください。

受付日付印