

3 枚中 1 枚目

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	○被保険者資格に係る記号番号		○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、被保険者の住所地と異なる場合に記載)	
		男・女					
明・大・昭・平・令 年 月 日生							

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月分  
被保険者資格に係る記号番号 ( )

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 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																																	
往療◎ 訪問3③		月																															
○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（ ） ）																																	

3枚中3枚目療養を受けた者の氏名（）年 月分

被保険者資格に係る記号番号（）

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	
	令和 年 月 日			〒 ー			
	住所						
	免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師		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。			〒 ー			
	令和 年 月 日			申請者 (被保険者)		住所 氏名 電話	
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金		1. 普通 2. 当座				金庫
	3. 郵便局送金 4. 当 地 払		3. 通知 4. 別段				農協
口座名義 カタカナで記入				口座番号		郵便局	
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名
					令和 年 月 日		要加療期間

<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。
- ・当健保は申請者(被保険者)が事前に登録している口座以外に給付金を支払いませんので「支払期間欄」は記入しないでください。
- ・「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は、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> 本人→事業所→健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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)

☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書