

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	○被保険者記号一番号		○発症又は負傷年月日		○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)			統 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																														
		男 ・ 女				(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																														
昭・平・令 年 月 日 生		○施術した場所(入居施設や住所地特例等、居住地と異なる場合に記載)																																		
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																										
	傷病名または症状									転帰																										
	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																																	
	変形徒手強制術(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																												
	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
通院○	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っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などによる外出困難 3. その他 ())																																				
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領取しました。 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																					
													〒 -																							
同意記録	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師										住 所																							
													氏 名		印 電話																					
申請者	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																							
勤務する事業所の名称	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。 年 月 日																																			
	住 所 〒 -																																			
委任状	申請者 埼玉機械工業健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 氏 名 電話																																			
<記入にあたっての注意事項>																																				
<ul style="list-style-type: none"> ・申請書は曆月を単位として作成してください。 ・日付は和暦で記入してください。 ・二重線内(「施術内容欄」、「施術証明欄」、「同意記録」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。 																																				
<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)>																																				
<input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) <input type="checkbox"/> 往療状況確認表 <input type="checkbox"/> 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (埼玉機械工業健康保険組合 R6.10.1)																																				