

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－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

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、居住地と異なる場合に記載)

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

継続・治癒・中止・転医

施 術 内 容 欄

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)

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

月

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。
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

〒

住所

氏 名

㊞ 電話

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

申請者

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

申請者 (被保険者) 氏 名

電話

勤務する事業所の名称

この給付の受領を上記の事業所に委任します。
年 月 日

被保険者氏名

<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。

・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)>

□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