

療養費支給申請書(〇年〇月分)(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、発症又は負傷の原因及びその経過		
	〇〇〇〇〇〇		〇年〇月〇日		〇〇〇〇〇〇		
	療養を受けた者の氏名 共同 太郎 男 明・大・〇・〇・令 〇年〇月〇日生		続柄 本人		○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)		
施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数		
	( )年( )月( )日		自・令和( )年( )月( )日～至・令和( )年( )月( )日		日		
	傷病名及び症状				請求区分 新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ(施術料)		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)
			施術回数	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・電機光線器具(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	
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1		訪問2		訪問3	
通所		訪問1		訪問2		訪問3	
往療		訪問1		訪問2		訪問3	
〇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		保険所登録区分		1. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地		
	免許登録番号		あんまマッサージ指圧師		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		申請者(被保険者) 共同印刷健康保険組合 殿		住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 氏名 共同 太郎 電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
	同意医師の氏名		住所		同意年月日 令和( )年( )月( )日		
同意記録	同意医師の氏名		住所		傷病名		
					要加療期間		

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 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇  
(被保険者) 氏名 共同 太郎  
住所 東京都文京区小石川4-14-12  
代理人 氏名 共同印刷株式会社

kenpo:  
給与に合算支給の為、  
記入してください。

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。

<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。  
 ・「施術内容欄」および「施術証明書欄」、「同意記録」は、施術管理者へ記入を依頼してください。  
 ・「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。  
 ※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