

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）

※1か月ごとに申請してください

被保険者が記入するところ	(1)	被保険者等	記号		番号		(2)	被保険者が勤務する (していた)部署支社、 関連会社の名称																																										
	(3)	被保険者	氏名					(4)	療養を 受けた方	氏名	続柄:																																							
			生年月日	昭・平	年	月	日			(歳)	生年月日	昭・平	年	月	日	(歳)																																		
	(5)	傷病名							(6)	発病又は 負傷年月日		平・令		年	月	日																																		
	(7)	発病又は 負傷の原因 および経過	☐ 業務外・病気 ☐ 業務上 ☐ 出社・退社途上 ☐ 第三者行為 ☐ その他 ※左記についてチェック☑してください *なるべく詳しく記入してください																																															
	(8)	医療機関の 治療の有無	☐ あり 医療機関名: 受診時期: ☐ なし																																															
	(9)	施術期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 日間																																															
(10)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。																																																
		金融機関名称				本・支店名		種別	口座番号		名義人(カナ)																																							
								普通																																										
施術者（あんま・マッサージ指医師）記入欄（保険適用分）	(11)	初療年月日	平・令		年	月	日	施術期間	自 令和	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続																																		
		傷病名及び症状	至 令和 年 月 日 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																																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		訪問施術料 1				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		訪問施術料 2				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		訪問施術料 3 (3人~9人)				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		訪問施術料 4 (10人~19人)				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		訪問施術料 5 (20人以上)				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		温電法 (加算)				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5×	回	=	円																																									
		温電法・電気光線器具(加算)				円×	回	=	円																																									
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5×	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																																												
				円×	回	=	円																																											
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5×	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																																											
明細書発行加算				円×	回	=	円																																											
合計										円																																								
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】												減後合計額										円																												
施術日	訪問1 ①	月	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2 ②																																																	
	訪問3 ③																																																	
往療◎	訪問4 ④																																																	
	訪問5 ⑤																																																	
○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。										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										〒																																							
	免許登録番号										住所																																							
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																													
被保険者が記入するところ	(12) 上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。																																																	
	令和 年 月 日 〒 住所																																																	
	被保険者 フリガナ																																																	
	氏名(自署) TEL ()																																																	

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印