

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	氏名		(3) 被保険者が勤務する(していた)部署支社、関連会社の名称																													
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)																														
	(4) 療養を受けた方	氏名		(5) 被保険者との続柄																													
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)																														
	(6) 傷病名		(7) 発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日																													
	(8) 発病又は負傷の原因および経過	*なるべく詳しく記入してください																															
	(9) 医療機関の治療の有無	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名 _____) 受診時期 _____ <input type="checkbox"/> なし																															
(10) 鍼灸院での施術内容																																	
(11) 診療期間	自 平・令 年 月 日 日間	(12) 施術に要した額	円																														
(13) 第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名																															
		加害者の住所																															
(14) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。																															
	退職者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。																															
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)																											
(15) 施術者(あんま・マッサージ指圧師)記入欄(保険適用分)	初療年月日	平・令 年 月 日	施術期間	自 令和 年 月 日 美日数 _____ 日 至 令和 年 月 日 転帰 _____ 日	請求区分	新規・継続																											
	施術内容	マッサージ(施術料)	同意部位	(躯幹)	(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																													
			温電法 (加算)	円 × 回 = 円																													
			温電法・電機光線器具 (加算)	円 × 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																											
	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1 ①	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																																
往療	訪問3 ③																																
○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 _____ 所在地 _____																																	
あんまマッサージ指圧師 _____ 施術場所 _____ 名称 _____ TEL () _____																																	
同意記録	同意医師の住所・氏名		同意年月日		傷病名		要加療期間																										
	住所 _____ 氏名 _____		令和 年 月 日																														
申請欄	(16) 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日																																
	〒 _____ 住所 _____																																
	被保険者のフリガナ _____ 氏名 _____ TEL () _____																																

受付日付印

※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。