

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			
	-	年 月 日				
	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		
		男・女		(1.業務上 2.第三者行為 3.その他())		
	昭和・平成・令和 年 月 日生		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)			

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
傷病名及び症状			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)	摘 要
		施術回数	回	回	回	回	回	
施術料	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・電気光線器具(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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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	
	合計						円	

施術日	訪問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																																
往療	訪問3																																

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())																																	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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				
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	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)	住所	氏名	電話
			酒フーズ健康保険組合理事長 殿			

支払機関欄	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	1. 普通 2. 当座		金庫	支店
	口座名義	口座番号	農協	出張所
	カタカナで記入			

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		

< 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。
- 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「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、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) 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書