

療養費支給申請書 ( 2021年 3月分 )( あん摩・マッサージ用 )

被 保 険 者 欄	被保険者証等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名 ( 医師の同意を受けた傷病名 )	
	-		2019年 1月 9日		脳出血後遺症	
	( フリガナ ) ケホ マギミ		続 柄		発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 健 保 恵		男・ ② 女		脳出血発症後右片麻痺で歩行困難	
④・平・令 42年 10月 1日生		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( )		業務上・外、第三者行為の有無		
				1.業務上 2.第三者行為である ③ その他		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	2020年6月1日	自・2021年3月10日～至・2021年3月30日		3日	新規・ <u>継続</u>	
	傷病名又は症状	脳出血後遺症			転 帰	
					<u>継続</u> 治療・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	350 円 ×	3 回 =	1,050 円	摘 要 施術管理者以外が施術した場合は記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . . . 日
		右上肢	350 円 ×	3 回 =	1,050 円	
		左上肢	350 円 ×	3 回 =	1,050 円	
		右下肢	350 円 ×	3 回 =	1,050 円	
		左下肢	350 円 ×	3 回 =	1,050 円	
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	往療を必要とした場合に記入 往療日 10・20・30・ 日 往療を必要とした理由 歩行困難なため
	温 電 法	円 ×	回 =	円		
	温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円		
往療料 4 kmまで	円 ×	回 =	円			
往療料 4 km超	2,550 円 ×	3 回 =	7,650 円			
施術報告書交付料 ( 前回支給： 年 月分 )	円 ×	回 =	円			
合 計				12,900 円		
施術日 通院 往療	5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 ㉑ 30 31				

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	
	2021年 3月 30日		所在地	東京都中央区築地 - -	
	免許登録番号 第 246810号		施術所名	あん摩マッサージ指圧師 安間鍼灸マッサージ院	
	あん摩マッサージ指圧師		施術管理者名	安間 真 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。		〒104 - 0033	
	2021年 3月 31日		被保険者 住 所 東京都中央区新川〇 - -	
酒フーズ健康保険組合理事長 殿		( 請求者 )		氏 名 健保 次郎 電話 - -

支 払 機 関 欄	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 ⑤ 支店 出張所	預金の種類	① 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナで記入		ケンポ ジロウ	

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
	東京 太郎	東京都中央区築地 - -	2021年1月9日	脳出血後遺症	1年

< 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