

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	○被保険者証等の記号番号								○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 ())																				
													○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)																				
				明・大・昭・平・令 年 月 日生																													

施 術 内 容 欄	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 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																												
		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 罎 法 (加 算)								円× 回＝ 円																												
		温罎法・電気光線器具 (加 算)								円× 回＝ 円																												
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可								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																														
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1①								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2②																																						
往療◎ 訪問3③								月																														
○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。 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																			
	免許登録番号												あん摩マッサージ指圧師												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												〒 —											
	関係めっき健康保険組合 殿												申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話											

支 払 機 関 欄	支払区分								預金の種類								金融機関名																						
	1. 振込								1. 普通 3. 通知								2. 当座 4. 別段								銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所														
口座名義 カタカナで記入												口座番号																											

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>

- ・申請書は暦日を単位として作成してください。
- ・「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理者（施術者）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。

<添付書類> 療養費申請の際は、この申請書のほかに以下の添付書類が必要です（①は必須、②～⑤は該当する場合のみ必要）

①施術に要した費用の領収書（原本）	※必須
②医師の同意書（原本）	※初回同意を受けたとき または 6か月を超えて引き続き施術を受ける場合
③施術報告書（写し）	※施術報告書交付料の算定が行われている場合
④往療状況確認表	※往療の施術を受けた場合（施術者から記入を受けてください）
⑤1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書	※初療日から1年以上経過 かつ 月に16日以上施術を受けた場合

関係めっき健康保険組合 (R6.10)