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	○健康保険の記号番号	○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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	昭・平・令　年　月　日生	1.本人 2.家族（　）	（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、住所地(申請者)と異なる場合に記載）

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	令和　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		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
	マッサージ（施術料）	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　罨　法（加　算）	円×			回＝		円
	温罨法・電機光線器具（加　算）	円×			回＝		円
	変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	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					

摘　要

※施術管理者以外が施術した場合に記入

施術者氏名 ＿＿＿＿＿＿

施術日　．　．　．　日

施術日 通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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

○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	〒　－	
		所在地	
	免許登録番号　　あん摩マッサージ指圧師	施術所名	
	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	施術管理者名	㊞　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	住所
	被保険者（申請者）	
	電設工業健康保険組合理事長　殿	氏名　㊞　電話

支払機関欄	金融機関名	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金の種類	1.普通	2.当座
	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（コピー）　☐ 1年以上・月16 回以上施術継続理由・状態記入書

マイナンバー記入欄（健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

☐ マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

お問い合わせ先：電設工業健康保険組合　給付課　TEL. 03-5970-0306

2024年10月版