

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 ())																													
				明・大・昭・平・令 年 月 日生				○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所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											
	() 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・治療・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)																									
		施術回数				回	回	回	回	回																										
		通所				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		訪問施術料 1				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		訪問施術料 2				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		訪問施術料 3（3人～9人）				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		訪問施術料 4（10人～19人）				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		訪問施術料 5（20人以上）				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		温 罎 法（加 算）				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5× 回＝ 円																														
		温罎法・電気光線器具（加 算）				円× 回＝ 円																														
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5× 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																												
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				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																																
明 細 書 発 行 加 算				円× 回＝ 円																																
合 計				円																																
※集中率90%以上の施設等入居者（80%減対象）【該当の場合○】				減価後合計額																																
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																																				
訪問3 ③																																				
訪問4 ④																																				
往療◎ 訪問5 ⑤																																				
月																																				
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒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徒歩による外出困難 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																							
									〒																											
	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				被保険者（申請者）				住所																							
									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