

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 (医師の同意を受けた傷病名)																													
	—										年 月 日																																							
	(フリガナ)										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	男・女										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																													
	昭・平・令 年 月 日生																				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																			
	令和 年 月 日										自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日										新規・継続																			
	傷病名又は症状																														転 帰																			
																															継続・治癒・中止・転医																			
	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										※施術管理者以外が施術した場合に記入																			
	通所										円× 回= 円										施術者氏名																													
	訪問施術料 1										円× 回= 円										施術日 . . . 日																													
	訪問施術料 2										円× 回= 円																				※往療を必要とした場合に記入																			
	訪問施術料 3 (3人～9人)										円× 回= 円										往療日 . . . 日																													
	訪問施術料 3 (10人以上)										円× 回= 円										往療を必要とした理由																													
	温 罨 法 (加算)										円× 回= 円																																							
	温罨法・電気光線器具(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)																																							
											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																													
	一部負担金 (1割・2割・3割)																				円																													
	請求額																				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																																								
通院○ 訪問2②																																																		
往療◎ 訪問3③																																																		
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										所在地																													
																					施術所名																													
																					施術者名										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										〒 —																													
	全日本理美容健康保険組合理事長 殿										被保険者 住所 (請求者)										氏名										電話																			
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 銀行振込 2. ゆうちょ振込										預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										金融機関名										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     1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書