

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ償還)

受 療 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				
	施 術 内 容 欄	(フリカ)	続柄 男・女	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		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)							
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	年 月 日 ~ 日					日	新規・継続			
	傷病名又は症状							転 帰			
	マ ッ サ ー ジ	同意部位	軀体	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 施術者氏名 _____ 施術日 日			
		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 罫 法 (加 算)	円 × 回 =		円			※往療を必要とした場合に記入				
	温罫法・電気光線器具(加算)	円 × 回 =		円			往療日 日				
	変形徒手矯正術(加算) ※温罫法との併施は不可	同意部位	軀体	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	往療を必要とした理由			
		施術回数	回	回	回	回	回				
	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										
通院○ 訪問2②											
往療◎ 訪問3③	月										

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	施術所名		
	あん摩マッサージ指圧師	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	住所
	大阪金属問屋健康保険組合理事長 様 (請求者)	氏名
		電話

支 払 機 関 欄	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(カナ)	(カナ)	普通 当座 その他()		(カナ)
	本店 支店				

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。

<添付書類>

□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。
領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:あんま・マッサージ施術代))

※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

受付年月日