

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.第三者行為である 3.その他())		
昭・平・令 年 月 日生			○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)			

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																								
	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 電 法(加算)		円×		回=		円																										
	温電法・電気光線器具(加算)		円×		回=		円																										
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
			施術回数	回	回	回	回																										
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		円		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		月																															
往療◎ 訪問3③																																	

施 術 証 明 欄	○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())					
	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		〒 -			
免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		所在地		
				施術所名称		
				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 住所		氏名		
近畿電子産業健康保険組合 殿		電話		

委 任 状 欄	上記保険給付金の受領を事業所担当者		に委任します。	
	令和 年 月 日		被保険者氏名	

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。
- 「傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過」欄は、同意書、医師、患者への聞き取り等によりわかる範囲で記載してください。記入しきれない場合は、「摘要欄」に記入してください。
- 「施術した場所」欄は入居施設や住所地特例等、保険証の住所地と異なる場合に、施設名及び施設の住所を記入してください。
- 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。
- 歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等が突発的に発生したことによる通所困難な状況が生じた場合は、「摘要欄」に往療に関して連携した医師の氏名・保険医療機関名および連携した日の記入を施術者に依頼してください。
- 「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を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ※訂正する場合は、訂正箇所を二重線で打消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお押印している場合については、左記の方法による訂正または従来どおりの押印した印による訂正のどちらかをしてください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合

※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。

<その他の添付書類(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・16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先 近畿電子産業健康保険組合 業務課給付係 TEL06-4708-7451(代表) (2024年10月版)