

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 ( )		
年 月 日生									○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 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・ 年 月 日～至・ 年 月				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		躯 幹	円×		回=	円	摘 要	
			右上肢	円×		回=	円		
			左上肢	円×		回=	円		
			右下肢	円×		回=	円		
			左下肢	円×		回=	円		
	通所		円×				回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 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	
	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	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日
	温罨法 (加算)		円×				回=	円	往療を必要とした理由
	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)		
			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		
一部負担金 (1割・2割・3割)							円		
請 求 額							円		

施術日 通院○ 往療◎	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
-------------------	---	---

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
	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 印 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。		
	年 月 日	〒	-
	被保険者 住 所		
	デサント健康保険組合理事長 殿 (請求者)		氏 名 電話

支 払 機 関 欄	普通預金	金融機関名	銀行	本店
			金庫	支店
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		郵便局

已 意	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。

<提出の流れ>本人 → 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

2024.10 改定

問い合わせ先      デサント健康保険組合      TEL. 06-6633-4214