

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										年 月 日										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																												
施 術 内 容 欄	初療年月日 () 年 月 日										施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										実日数 日										請求区分																		
	傷病名及び症状										新規・継続										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																												
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 (軀幹) (右上肢) (左上肢) (右下肢) (左下肢)																																							
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																																							
費 用 額 計										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																																																	
往療◎ 訪問3③																																																	
○往療又は訪問の理由 (1. 独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独歩による外出困難 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。										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										〒 -																												
	登録記号番号										名称										氏名 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。										年 月 日										〒 -																												
	大阪婦人子供既製服健康保険組合理事長 殿										被保険者 住 所										氏名 電話																												
	(請求者)																																																
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込										預金の種類 1. 普通 2. 当座										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										左づめ																												
	同意医師の氏名										住 所										同意年月日										傷 病 名										要加療期間								
同 意 記 録	年 月 日										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、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