

# あんま・マッサージ用 療養費支給申請書 ( 年 月分)

(施術者記入・健保提出)

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号－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  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 施術を受けた方の氏名<br><br>(フリガナ)<br><br>昭・平 年 月 日生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続 柄<br>1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他 ( ) |  |  | ○発症又は負傷の原因及びその経過<br><br>○業務上・外、第三者行為の有無<br><br>1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |  |  |  |  |  |
|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |               |    |   |    |            |    |                               |  |             |  |
|--------------------------|---------------|----|---|----|------------|----|-------------------------------|--|-------------|--|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄    | 初療年月日         |    | 施 術 期 間                                     |    |            |    | 実 日 数                         |  | 請 求 区 分     |  |
|                          | 平成・令和 年 月 日   |    | 自 平 成 ・ 令 和 年 月 日<br>～<br>至 平 成 ・ 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     |    | 軀 幹   |    | 円×         | 回＝ | 円                             | ※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名 _____<br>施術日 . . . 日 |             |  |
|                          |               |    | 右 上 肢                                       |    | 円×         | 回＝ | 円                             |  |             |  |
|                          |               |    | 左 上 肢                                       |    | 円×         | 回＝ | 円                             |  |             |  |
|                          |               |    | 右 下 肢                                       |    | 円×         | 回＝ | 円                             |  |             |  |
|                          |               |    | 左 下 肢                                       |    | 円×         | 回＝ | 円                             |  |             |  |
|                          | 変 形 徒 手 矯 正 術 |    | 円×  | 肢× | 回＝         | 円  | ※往療を必要とした場合に記入<br>往療日 . . . 日 |  |             |  |
| 温 罨 法                    |               | 円× | 回＝  | 円  |            |    |                               |  |             |  |
| 温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具      |               | 円× | 回＝  | 円  | 往療を必要とした理由 |    |                               |  |             |  |
| 往療料 4 km まで              |               | 円× | 回＝  | 円  |            |    |                               |  |             |  |
| 往療料 4 km 超               |               | 円× | 回＝  | 円  |            |    |                               |  |             |  |
| 施術報告書交付料<br>(前回支給: 年 月分) |               | 円× | 回＝  | 円  |            |    |                               |  |             |  |
| 合 計                      |               |    |   |    | 円          |    |                               |  |             |  |

|                       |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                         |  |
|-----------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|-------------------------|--|
| 施<br>術<br>証<br>明<br>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 _____ あん摩マッサージ指圧師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 施術所名    |  |                         |  |
|                       |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 施術者名    |  | ☎ 電話                    |  |

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月単位で作成してください。
- ・ 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。

<提出の流れ>被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合 (※任意継続・特例退職の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※当該申請書を提出する際には、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(初回と再同意の場合は原本、2回目以降はコピー可)     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