

療 養 費 請 求 書（令和 6 年 10 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	
	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9		令和6 年 8 月 1 日		神経痛	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)ダイキン タロウ			続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無
		大金 太郎			男 ・ 女 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()
昭・平・令 1 年 4 月 1 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																										
	令和 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																										
	施 術 料	マッサージ（施術料）		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘 要 ※往療の場合に記入 連携した医師の氏名 保険医療機関名																							
				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 罨 法（加 算）		円×		回＝		円																									
		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																										
		円×		回＝		円																											
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1①																															
通所○ 訪問2②																																	
往療◎ 訪問3③		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
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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。		令和 年 月 日		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	
					〒 -			
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		所在地			
					施術所名			
				施術者名		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。		〒 111 - 1111	
	令和 6 年 10 月 30 日			
ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿		被保険者 (申請者)	住所	大阪市〇〇区〇〇町1-1-1
		氏名	大金 太郎	電話 06-0000-0000

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
	健康 次郎	大阪市〇〇区〇〇町1-1-1	令和 6 年 10 月 1 日	神経痛	令和6年 10/1～11/30

<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。
・「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