

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号 (左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	☐ 昭和	年	月	日	性別	☐ 男
						☐ 平成					☐ 女
	フリガナ					連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯				
	氏 名										
住 所	〒					町名・番地					
	都道府県				市区町村				アパート・マンション名		

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。						
		氏名					令和	年

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合)は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

次ページ以降も記入してください。

※健康 保険 組合 使用 欄	受付日	令和		年		月		日	組 合 受 付 印	事 業 所 受 付 印
	同年月日	令和		年		月		日		
	決定日	令和		年		月		日		
	支払日	令和		年		月		日		

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

被保険者(申請者)・施術者記入用

被保険者氏名		申請期間		令和	年	月	日
--------	--	------	--	----	---	---	---

療養内容に関する事項	療養を受けた者	フリガナ	生年月日	☐ 昭和	年	月	日	性別	☐ 男
	氏名			☐ 平成					☐ 女
	傷病名		発病または負傷年月日	☐ 令和	年	月	日	続柄	
	発症又は負傷の原因及び経過	原因および経過(詳細に記載してください)							
	業務上・外、第三者行為の有無	☐ 1. 病気 ☐ 2. ケガ 負傷原因届(様式12)を併せてご提出ください。 ☐ 1. 業務上 ☐ 2. 第三者行為 ☐ 3. その他							
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								

施術者記入欄	初療年月日	施術期間				実日数	請求区分										
	平・令 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・治療・中止・転医										
	マッサージ(施術料)	同意部位 施術回数	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要									
	通所	円×	回	回	回	回	回										
	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 施術回数	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)											
		円×	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																
施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
通所○ 訪問1①																	
往療◎ 訪問2②	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
訪問3③																	
○往診又は訪問の理由(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())																	
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																	
免許登録番号																	
氏名																	
あん摩マッサージ指圧師																	
電話																	
住所 〒																	
同意医師の氏名																	
住所																	
同意年月日																	
傷病名																	
要加療期間																	

※1か月単位(1日から末日)で1枚記入の上、「領収書(原本)」を添付して、所属する事業所の社会保険担当窓口(任意継続被保険者は直接JADECOMけんぽ)に提出してください。

※初めて施術を受け申請する場合は、「医師の同意書(原本)」を添付してください。また、6ヶ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合も、再度、保険医から同意書の交付を受け、提出する必要があります。