

療養費支給申請書(あんま・マッサージ)について

【提出にあたっての注意事項について】

- * 本ページと療養費支給申請書(2ページ)をわけて印字してください。
提出は、本ページと療養費支給申請書の両方をお願いします。
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- * **記入例にしたがって、ご記入ください。**
- * 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。
- * 申請書は、療養を受けた方毎、診療月毎、施術所毎にわけて記載してください。
- * 第三者行為による負傷の場合は、「第三者行為による負傷届」を大塚製薬健康保険組合まで提出してください。

【添付書類について】

療養費支給申請書に必要な添付資料は、次のとおりです。

(申請者本人で用意するもの)

- ☐ 1.領収書
3.医師の同意書(初療月および6ヶ月毎の提出が必要です。)
- ☐ 「施術報告書」の交付を受けた場合、
1.施術報告書の写し
- ☐ 変形徒手矯正術を受ける場合、
1.医師の同意書(1か月毎)

【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に☑をお願いします。

- 1 記入すべき項目に漏れはないか。(記入例の赤文字の箇所)
- 2 添付書類に漏れはないか。
- 3 封筒等の送付先には、次の「送付先情報」を貼付又は正しく記入されているか。

チェック欄

	申請者
1	
2	
3	

【送付先情報】

----- 切り取り線 -----

〒532-0003

大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F

株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内

大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

被保険者欄	被保険者等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)	
	被保険者氏名	(フリガナ)		被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス		
	療養を受けた者 の氏名	(フリガナ)		療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	発病又は 負傷年月日	年 月		発症又は負傷の原因 及びその経過		
	交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい	
			※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分																							
	() 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																							
			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																										
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	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	月																														

○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		〒 ー 住 所			
	免許登録番号		あん摩 マッサージ指圧師	氏 名	電話	
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
			令和 年 月 日			

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者(申請書)	氏 名	
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏 名	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

口座指定欄	金融機関コード			支店コード		
	金融機関名称	銀行/信用金庫				本店/支店
	預金種別	普通 当座 その他()	口座番号			口座名義(カタカナ)

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

備考	個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点	
	・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	