

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

①令和 年 月 分

被保険者が記入するところ	②被保険者の記号・番号		③事業所名(会社名)	
	④被保険者氏名	(フリガナ)	⑤住所	〒
	⑥療養を受けた者の氏名		⑦生年月日	E-mail □昭和 年 月 日 □平成 年 月 日 □令和 年 月 日
	⑨傷病名又は症状		⑩発病又は負傷年月日	□平成 年 月 日 □令和 年 月 日
	⑪発病の原因及び経過		⑫第三者行為によるものですか	□はい □いいえ 例)交通事故やけんか等
⑬被保険者振込先口座	金融機関名	支店名	□本店 □支店 □出張所	
	口座番号	□普通 □当座	NO.	フリガナ 名義

あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	施術期間	自・令和 年 月 日	至・令和 年 月 日	実日数	請求区分																											
	年 月 日				日	新規・継続																											
	傷病名及び症状					転 帰																											
	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)	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医																									
		施術回数	回	回	回	回	回	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	通所:○ 訪問1:① 往料:◎ 訪問2:② 訪問3:③	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	上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。 令和 年 月 日	住所	氏名	免許登録番号
	電話番号	保健所登録区分	1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者所在地
	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名
同意記録			令和 年 月 日	要加療期間
				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記のとおり申請いたします。 提出日 令和 年 月 日

備考欄		
健保記入欄	決定額	円
	決定日	令和 年 月 日
資格	取得	平成 年 月 日
	喪失	平成 年 月 日

健保受付印

<記入上の注意点>

〔被保険者の方へ〕

1. ①から⑬までをご記入ください。
2. 申請書は、暦月単位ごとに作成ください。
3. 領収証の原本を必ず添付ください。その際、必ず宛名を記載してもらってください。
4. 初めてかかったときの請求の場合、「医師の同意書」(原本)を添付ください。
また、6ヶ月を超えて引き続きはり・きゅうを受けようとする場合は、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。その際、必ず診察を受けて同意書を交付してもらってください。
5. 施術内容欄に「施術報告書交付料」の記載がある場合は、施術師により記入された「施術報告書」コピーを添付ください。
6. ⑩欄はできるだけ詳しくご記入ください。
7. 傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため、健康保険組合へ請求はできません。事業所の担当者へご連絡ください。
8. 傷病原因が第三者によるものであるときは、別途「第三者の行為による傷病届」が必要となります。健康保険組合にご連絡ください。

〔あんま・マッサージ師等の方へ〕

1. 「あんま・マッサージ師が記入するところ」欄にご記入ください。
2. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を「摘要」欄にご記入ください。
3. 初療の日から6ヶ月経過した時点において、更に施術を受ける場合、再同意した「医師の同意書」を必ず患者より提出してもらってください。(原本は患者が当健保に支給申請する際に必要です)
この場合、申請書の「同意記録」欄に同意した医師の氏名、住所等をご記入ください。
4. 「施術報告書交付料」を請求する申請書には「施術報告書」コピーの添付が必要です。
必ず患者へお渡しください。
5. 初療日から1年以上を経過して、月に16回以上の施術があった場合は、《一年以上・月16回以上
施術継続理由・状態記入書》を作成いただき、患者へお渡しください。