

1. 太枠内（被保険者欄・申請欄・委任欄）のみ本人が記入してください。※ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。
2. 施術内容欄・施術証明欄・同意記録欄については、施術者に記入してもらってください。
3. 申請の際には、施術を受けた際に支払った代金の領収証（必ず原本）が必要です。
※ 支給の可否の審査には時間がかかり、追加書類をお願いすることもあります。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

R8. 7改訂

被保険者欄

○被保険者資格の記号番号

記号

番号

年 月 日

○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過

療 養 を
受 け た 者
の 氏 名

(フリガナ)

続 柄

○業務上・外、第三者行為の有無

(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())

○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）

昭・平・令 年 月 日生

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 内 容 欄

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)

施術回数

回

回

回

回

回

通所

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

訪問施術料 1

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

訪問施術料 2

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

訪問施術料 3（3人～9人）

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

訪問施術料 4（10人～19人）

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

訪問施術料 5（20人以上）

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

温 罎 法（加 算）

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

温罎法・電気光線器具（加 算）

円× 回＝ 円

(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)

円×0.5× 回＝ 円

変形徒手矯正術（加算）
※温罎法との併施は不可

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

(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)

円×0.5× 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

明 細 書 発 行 加 算

円× 回＝ 円

合 計

円

※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】

逓減後合計額

円

施術日

訪問1①

訪問2②

訪問3③

訪問4④

訪問5⑤

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

〒 ー

1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地

住 所

氏 名

電話

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

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。

令和 年 月 日

〒 ー

申請者

住所

氏名

電話

SGホールディングスグループ健康保険組合 御中

(被保険者)

(退職職込者のみ)

支払区分

1. 振 込

2. 銀 行 送 金

3. 郵 便 局 送 金

4. 当 地 払

預金の種類

1. 普通

2. 当座

3. 通知

4. 別段

金融機関名

銀行

金庫

農協

本店

支店

出張所

口座名義

カタカナで記入

口座番号

郵便局

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

委 任 欄

上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。

年 月 日

(事業主が記入する欄)
健保代理受領口代理人氏名

受 付 印

申 請 者

(被保険者氏名)