

療養費支給申請書（ 年 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（医師の同意を受けた傷病名）				
					—					年	月	日				
	(フリガナ)								続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過					
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名								男 ・ 女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○業務上・外、第三者行為の有無			
1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																
昭・平・令 年 月 日生																

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・ 年 月 日～至・ 年 月 日						日		新 規 ・ 継 続		
	傷 病 名 又 は 症 状										転 帰 継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	軀 幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢			摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施 術 日 往 療 日 往 療 を 必 要 と し た 理 由		
	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 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) ※温電法との併術は不可		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		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										
	通院○ 訪問 2②		○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())										
往療◎ 訪問 3③		月											
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。 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								所在地				
	あん摩マッサージ指圧師								施術所名				
									施術管理者名		☎ 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。 年 月 日											
	被保険者 干 一 住 所 氏 名 水産連合健康保険組合理事長 殿 (請求者) ☎ 電話											
支 払 機 関 欄	支払区分			預金の種類			金融機関名			銀行 本店		
	振 込			1. 普通 2. 当座						金庫 支店		
※ 同 意 記	口 座 名 義 カタカナで記入						口 座 番 号					
	同意医師の氏名		住 所				同 意 年 月 日			傷 病 名		要加療期間
						年 月 日						

<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。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「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>事業所委任か被保険者(本人) → 健康保険組合 （※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※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(原本)

問い合わせ先 水産連合健康保険組合 給付係 TEL. 06-6469-7540