

3枚中1枚目

療養費支給申請書( 年 月分) (あん摩・マッサージ・指圧用)

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過		
	—		年 月 日				
	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. 第三者行為である 3. その他( )
施術した場所 (入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載)							
年 月 日生							

3枚中2枚目

療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月分  
 被保険者等の記号番号 ( )

初療年月日		施 術 期 間														実日数		請 求 区 分														
年 月 日		年 月 日 ~ 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	施 術 料	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 )												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)		同意部位	( 右 上 肢 )	( 左 上 肢 )	( 右 下 肢 )	( 左 下 肢 )																								
		※温罨法との併施は不可		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( ) )																																

3枚中3枚目

療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月 分  
 被保険者等の記号番号 ( )

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	
	年 月 日	所在地	〒	-	
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	施術所名	施術者名	電話 ( ) -
※施術所の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。					
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
			年 月 日		
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	〒	-		
	ユニチカ健康保険組合 殿	被保険者 (申請者)	住所 氏名	電話 ( )	-
確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです				
振込(送金)を希望する金融機関	フリガナ		本店	預金の種類	1. 普通 2. 当座
	銀行		支店		
※振込日現在に被保険者資格を喪失している方のみ記入	口座番号	口座名義人	フリガナ		
委任する時 ※施術者等への委任はできません	上記申請金額の受領方を 住 所 氏名 に委任します。				
	年 月 日	被保険者氏名			
備考欄	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				

◎ 太枠内は、施術者へ記入を依頼してください。

◎ 添付書類

施術に要した費用の領収証  医師の同意書の原本(初療月及び再同意月)  施術報告書の写し(該当する場合のみ)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)