

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)		男・女	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 (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)																																		
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		年 月 日 ～ 年 月 日														日		新規・継続															
	傷病名及び症状																																	
	施術料	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																								
		通所 (月16回以降の施術に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		訪問施術料 1 (月16回以降の施術に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		訪問施術料 2 (月16回以降の施術に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		訪問施術料 3 (3人～9人) (月16回以降の施術に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		訪問施術料 4 (10人～19人) (月16回以降の施術に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		訪問施術料 5 (20人以上) (月16回以降の施術に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		温電法(加算) (月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		温電法・電気光線器具(加算) (月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×		回＝																						円				
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	円×																					回＝		円		
		(月16回以降の施術における加算に係る50%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%減対象)【該当の場合○】						減後合計額																						円				
		施術日	訪問1① 訪問2② 通所○ 往療◎ 訪問5⑤	月	1	2	3	4	5																					6	7	8	9	10
	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																
		年 月 日														〒 —																		
		免許登録番号														所在地 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 住所 (申請者) 氏名 電話 () —																																
確認欄		☐ 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														支店		預金の種類		1. 普通 2. 当座												
※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) □ 訪問施術総括表