

療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

きんでん健康保険組合理事長 殿

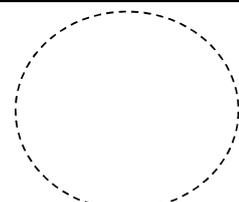
請求
年月日

年 月 日

被保険者記入欄	被保険者等	記号 番号	氏名	(年 月 日生)	⑩	
	療養を受けた者	(年 月 日生)	住所	〒		
	所属	(会社名)	(室・部・支店(社))	(課・所)		
	傷病名	発病又はは負傷年月日		年 月 日		
	発病又は負傷の原因	施術(手当)を受けた期間		年 月 日から 内実日数 年 月 日まで 日間		
	業務上もしくは通勤途上での傷病ですか?	() はい () いいえ	第三者による傷病ですか? (交通事故や喧嘩等)	() はい () いいえ	→(はい)の場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること	
	委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 療養費 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者氏名 ⑩				
請求が退職後又は任意継続・特例退職被保険者の場合	支払希望の銀行名	銀行	支店	普通 No.		

施術者記入欄	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																											
	傷病名及び症状				転記 継続・治癒 中止・転移																											
	施術内容	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(3~9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																												
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																																
○往療又は訪問の理由(1. 徒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徒歩による外出困難 3. その他())																																
施術者証明欄	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 住所 〒 あんま・マッサージ師 電話番号 免許登録番号 氏名 ⑩																															
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																											

組合処理	支給決定額	常務理事	事務長	係	係	資格照合	
	円						
	資格取得日	年 月 日	備考				
	資格喪失日	年 月 日					



※初診時 医師の同意書の交付を受け添付すること。 ※6ヶ月を超えて施術を受ける場合、6ヶ月ごとに医師の同意書を添付すること。
(注意)変形徒手矯正術の施術を継続して受ける場合、毎月、医師の同意書を添付すること。