

療養費支給申請書（ 年 月分） （あんま・マッサージ用）

○健康保険の記号・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																													
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	（フリガナ） 男 ・ 女 昭・平・令 年 月 日生										続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過																										
											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 ○施術した場所																										
	申請欄		下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。 〒 ー 住所 年 月 日 被保険者 （請求者）氏名 徳洲会健康保険組合理事長 殿 電話																																				
振 込 口 座	金融機関名										銀行 金庫 信組 農協										本店 支店 出張所		預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. その他（ ）																
	口座名義 カタカナで記入										口座番号																												
給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者（請求者）名義以外の口座に振込を希望される）場合は委任欄に記入してください。 ただし、 代理人は被保険者（請求者）の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。																																							
委任欄		被（請求者） 保険者		本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 住所 氏名										代 理 人		※ 代理人が署名してください 被保険者（請求者）との関係（ ） 住所 氏名																							
施 術 者 が 記 入 す る と こ ろ	初 療 年 月 日 年 月 日										施 術 期 間 自・ 年 月 日～至・ 年 月 日										実日数 日					請 求 区 分 新 規・継 続													
	傷病名及び症状																									転 帰 継続・治療・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）		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																		
											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										
	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																												
	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、神経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。 年 月 日 施術所 登録記号番号 所在地 氏名 氏名 電話番号										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																									
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							

＜記入にあたっての注意事項＞

更新年月日 R8.7.27

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 「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＞本人→健康保険組合へ提出

※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） ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

＜注意事項＞医療機関との併用確認等のため、支給はおおよそ施術月より4～5カ月後になる場合があります。