

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、発症又は負傷の原因及びその経過		
					年 月 日					
	(フリガナ)				続 柄			○業務上・外、第三者行為の有無		
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		
昭・平 年 月 日生							○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 () ○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)			

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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日					日	新 規 ・ 継 続
	傷病名及び症状								転 帰
									継続・治療・中止・転医
	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 ※往療の場合に記入 連携した医師の氏名 保険医療機関名
			施術回数	回	回	回	回	回	
	通所		円× 回＝ 円					※往療の場合に記入 連携した医師の氏名 保険医療機関名	
	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			
		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 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	
	令和 年 月 日		〒 -			
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		住所	
				氏名		電話

申 請 欄	(必須) □に確認のチェックを付けてください。									
	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。									
	①申請者本人 (被保険者) が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している									
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。										
令和 年 月 日										
申請者 住所										
ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿 (被保険者)										
氏名										
電話										
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	
					令和 年 月 日					

<記入にあたっての注意事項> 2024. 10

- ・ 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。
- ・ 「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 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、健康保険組合へ直接提出してください)

※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