

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																													
	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 3. その他 ())																														
昭・平・令 年 月 日生		○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・治癒・中止・転医																								
	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 罎 法 (加算)		円×		回＝		円																								
		温罎法・電気光線器具 (加算)		円×		回＝		円																								
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可		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																										
合 計		円		回＝		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. 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. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地																											
	令和 年 月 日		住所																													
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		氏名 電話																											
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。		住所																													
	令和 年 月 日		申請者 (被保険者)		氏名 電話																											
支払機関欄	支払区分 1. 振 込		預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名																											
	口座名義 カタカナで記入		口座番号		銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所 郵便局																											
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日																											
					令和 年 月 日																											
		傷 病 名		要加療期間																												

本申請書に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 年 月 日

被保険者 (申請者) 氏名 _____

事業所所在地 _____

事業主 事業所名 _____

(代理人) 事業主名 _____

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。 東京都食品健康保険組合