

療養費支給申請書(年 月)

(あんま・マッサージ用)

【令和6年10月施術分～】

常務理事	事務長		担当者	事業所確認者

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号一番号				○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																									
	施術を受けた者の氏名				男・女				1. 業務上 2. 第三者行為である 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 年 月 日～至 年 月 日				日				新規・継続																					
	傷病名又は症状												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)	(右上肢)	(右下肢)	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由																						
		通所				施術回数	回	回	回	回	回																							
		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) ※温電法との併施は不可				同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右上肢)													(右下肢)												
					施術回数	回	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																														
施術日				円																														
通所○往療○				費 用 額 計				円																										
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
訪問2②																																		
訪問3③																																		
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				所在地																													
	免許登録番号				施術所名																													
				あん摩マッサージ指圧師				施術管理者名				電話																						
被 保 険 者 記 入 欄	上記の療養に要した費用に関して、給与振込みでの支給を申請します なお、私は事業主を代理人と定め、この申請書で請求する療養費の受領に関することについて、権限を委任します。																																	
	令和 年 月 日				被保険者の				〒 -																									
	高島屋健康保険組合理事長 殿				(請求者)				住 所																									
					氏 名				電話																									
全 社 記 入	代理人の				住 所																													
	(事業主)				氏 名																													
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																									

＜記入にあたっての注意事項＞ ・申請書は暦月を単位として作成してください。記入する年月日は和暦で、先頭に元号を入れてください。
□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、直接 健康保険組合へ提出してください)
※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) □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書