

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（ 年 月分）【あんま・マッサージ用】

本申請書の施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

被保険者が記入するところ	被保険者記号・番号		被保険者氏名		(フリガナ)																											
	—																															
	被保険者の住所	〒 — Tel () —																														
	施術を受けた者の氏名・生年月日等	(フリガナ)	生年月日		続柄	発病又は負傷年月日																										
	氏名	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		年 月 日																										
	傷病名	発症又は負傷の原因及びその経過																														
	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(入居施設や住所地特例等、上記被保険者住所地と異なる場合に記載)																													
	振込口座 【被保険者名義に 限ります】	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他()																										
			口座名義 カナで記入			口座 番号																										
あんま・マッサージ・指圧師記入欄	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 帰																													
	施術料	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	継続・治癒・中止・転医 摘 要																						
		通所		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 1		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 2		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 4 (10～19人)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 5 (20人以上)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		温 罎 法 (加算)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
	温罎法・電気光線器具 (加算)		円 ×		回 =		円																									
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																									
			円 ×		回 =		円																									
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)		円 × 0.5 ×		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																										
明 細 書 発 行 加 算		円 ×		回 =		円																										
合 計						円																										
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減減対象) 【該当の場合○】				通減後合計額		円																										
施術日	訪問1① 訪問2②	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○ 往療◎	訪問3③ 訪問4④ 訪問5⑤	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、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、その費用を徴収しました。		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																											
	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		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																							
					年 月 日																											

【記入上の注意と添付が必要な書類について】

- ・ 申請書は暦月単位で作成。振込口座は被保険者名義に限ります。「あんま・マッサージ・指圧師記入欄」については、施術所に記入を依頼してください。
- ・ 以下①～④の書類を添付してください。
- ①医師の同意書(原本) ※有効期間内における2回目以降の請求にあつては省略可
- ②施術報告書(写) ※施術報告書交付料を申請するとき
- ③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 ※該当するとき
- ④領収書(原本) ※受療者氏名、受療日、施術所名、施術費用の記載があるもの