

被保険者
家族

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

記入見本

令和 1 年 6 月 1 日

被保険者証 記号・番号	記号	110	番号	1234567	被保険者氏名	三菱 太郎		
所 属	事業所名	<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続 三菱電機株式会社・本社・人事部		生年月日	昭和 平成	52 年 5 月 25 日		
被保険者 住所	(〒 123 - 0022)	TEL (03)	3333 - 3333	東京都大田区 # # 1-2-3-405				
傷病名	脳梗塞による半身麻痺		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				
発病又は負傷の 原因及びその経過	経過良好(わかる範囲でご記入下さい)		発病又は 負傷年月日	昭和 平成	令和 27 年 7 月 5 日			
施術を受け た施術所	名称	〇〇マッサージ院		施術者氏名	丸の内 敬子			
	所在地	東京都武蔵野市××6-7-8						
施術の期間 (支給期間：月単位)	平・令	1 年 5 月 1 日	～	平・令	1 年 5 月 31 日	日数	5 日	
						施術に要した 費用の額	12,500 円	
※ 被扶養者 (家族) が施術を受けた場合に記載								
被扶養者氏名	三菱 トメ		生年月日	昭和 平成	令和 28 年 3 月 1 日	続柄	母	
※ 退職後の請求の場合に記載 《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座に入金します》								
入社年月日	退職後に申請する場合のみご記入ください(被保険者名義に限る)						日	
フリガナ	社員の方・特例退職・任意継続の方は記入不要							
金融機関名	※ 特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座へ入金します							
備考								
施 術 内 容 指 圧 師	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分			
	平・令 年 月 日	自/平・令 年 月 日 ～ 至/平・令 年 月 日		日	新規・継続			
	傷病名及び症状詳細				転 帰 継続・治癒・中止・転医			
	マッサージ	躯 幹	円 ×	回 =	円	摘 要 <往療料が必要な理由> ※往療料の内訳表を添付願います。 ※施術報告書交付料を算 定している場合は施術 報告書の写しが必要と なります。		
		右上肢	円 ×	回 =	円			
		左上肢	円 ×	回 =	円			
		右下肢	円 ×	回 =	円			
		左下肢	円 ×	回 =	円			
	変形徒手矯正術 (温電法との併施は不可)	右上肢	円 ×	回 =	円			
		左上肢	円 ×	回 =	円			
右下肢		円 ×	回 =	円				
左下肢	円 ×	回 =	円					
温電法	円 ×	回 =	円					
温電法	円 ×	回 =	円					
往療料	4 km	あん摩マッサージ指圧師に記入してもらってください						
4 km								
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円 ×	回 =	円					
費用額計	円							
施術日	通院○ 往療◎	月	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					
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	住所							
免許登録番号	施術所名称							
	氏名							
	あん摩マッサージ指圧師							
	電話							
同意記録	同意医師の氏名	住 所	初診同意年月日	再同意年月日	傷病名	要加療期間		
前回								
今回								
健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支 給 決 定 日		令和 年 月 日			
		支給決定 並びに 支出決議	常務 理事	担 当 者				

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所
担当者
受付印

「添付書類」

「(被保険者) 注意事項」

① 受診者名が記載された領収書(原本) ※ 領収印及び施術所名称等があるものを添付、6ヵ月(変形徒手矯正術は1ヵ月)を超えて引き続き施術を受ける際も同様です。

② 保険医療機関にて保険医の診察を受け、交付してもらった同意書(原本) ※ レシートタイプ不可

③ 同一疾病により保険医療機関で医療上のマッサージ治療、接骨院・整骨院(柔道整復師)、はり・きゅうとの併給はできません。

④ 往療がある場合は、往療料の計算のわかる明細(往療内訳表)の添付と往療を必要とする理由を摘要欄に記載してください。

⑤ やむを得ない理由で傷病を診断した医師以外が同意する場合は、その理由を摘要欄に記載してください。