

記入見本

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

被保険者の記入欄	被保険者証の 記号・番号	1010	-	1234	被保険者氏名	健保 太郎																													
	受療者氏名 (生年月日)	健保 花子		(S40年6月20日生)	発病又は 負傷年月日	R5 年11 月20 日																													
	傷病の原因 及びその経過	原因や経過をわかる範囲で記入。																																	
	第三者行為に よる傷病ですか	☐ はい ☒ いいえ		→「はい」の場合は「第三者行為 による傷病届」を提出		業務上、または通勤 途上での傷病ですか ☐ はい ☒ いいえ																													
	上記のとおり請求し、ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 日本触媒健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養 等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。						退職者・資格喪失後の請求者には直接銀行振り込みいたしますので 被保険者（請求者）名義の振込銀行口座をご記入ください。																												
施術者（あんま・マッ サージ指圧師） 記入欄	日本触媒健康保険組合理事長 殿	R5年12月10日		資格喪失者 記入欄	(フリガナ) 口座名義人																														
	請求者住所	大阪市北区〇〇		退職後の請求者のみ記入 在職中は不要（給与振込み）	支店																														
	氏 名	健保 太郎																																	
	電話番号	06-XXXX-XXXX			普通 ・ 当座 口座番号																														
施術内容欄	初療年月日	年 月 日		施術期間	年 月 日 ～ 年 月 日		実日数	日	請求区分	新規・継続	転 帰	継続・治癒・中止・転医																							
	傷病名及び症状詳細																																		
	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)																												
	通所	施術回数	回	回	回	回	回																												
	訪問施術料 1																																		
	訪問施術料 2																																		
	訪問施術料 3 (3人～9人)																																		
	訪問施術料 3 (10人以上)																																		
	温罨法(加算)																																		
	温罨法・電気光線器具(加算)																																		
変形徒手矯正術(加算)																																			
※温罨法との併施は不可																																			
特別地域(加算)																																			
往療料																																			
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月)	円 × 回 = 円																																		
合 計	円																																		
一部負担金 (1割 ・ 2割 ・ 3割)	円																																		
請 求 額	円																																		
施術日 訪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				
通所〇 訪2②																																			
往療〇 訪3③																																			
〇往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関での外出困難 2. 認知症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. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所地																			
	年 月 日											住 所 (所在地)																							
	施術所名											氏 名																							
	免許登録番号											あんまマッサージ指圧師		電 話 番 号																					
同意記録	同意医師の氏名											同意医師の住所											同意年月日		傷病名		要加療期間								
	梅田クリニック 協会 太郎											同意書を発行した医師について記入											R5年12月5日		筋ジストロフィー		不明								
事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。											事業所所在地											在職中の請求⇒事業所へ提出												
	年 月 日											受 任 者											事業所名称		退職後の請求⇒直接健保へ提出										
健保記入欄	資格取得											資格喪失											支給決定											備考	
	年 月 日											年 月 日											年 月 日												
注 意 事 項	支給決定金額											常務理事											事務長											係	
●暦月ごとにこの申請書を記入してください。 ●施術の領収書は原本を添付してください。 ●施術報告書交付料欄に記載の場合は、施術者が発行した当該書類の写しを添付してください。 ●初めて施術を受け申請する場合、また前回の同意より6か月を超えて引き続き施術を受ける場合、保険医の診察を受けた上で交付された同意書(文書)を添付してください。																																			