

常務理事	事務長	係

支給決定伺

被保険者証	記号	支出科目	療養費
	番号		家族療養費
被保険者氏名		支給決定金額	円
支給決定月日		会計処理月日	計算式

療養費支給申請書(令和 年 月分)(あんま・マッサージ用)

(添付書類を添えて申請願います) 1.領収書原本(レシート不可) 2.医師の同意書(初診時、以降6ヶ月毎)

施術内容等についてご記入ください(施術者記入欄)	被保険者等	記号	療養を受けた者の氏名	続柄	生年月日																													
		番号			昭・平・令	年 月 日生																												
	発病又は負傷の原因およびその経過																																	
	発病又は負傷年月日		平・令	年 月 日	負傷原因	1.業務上 2.第三者行為 3.その他()																												
	初めて施術を受けた年月		施術(通院)の期間	月 日から 月 日まで	実日数	日																												
	平・令		年 月 日																															
	傷病名又は症状		請求区分 新規・継続 転記 継続・治療・中止・転移																															
	マッサージ(施術料)		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
			施術回数	回	回	回	回	回																										
	通所		円 ×	回 =	円	摘要																												
	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 罨 法 (加算)		円 ×	回 =	円																													
温罨法・電気光線器具 (加算)		円 ×	回 =	円																														
変形徒手矯正術 (加算) * 温罨法との併施は不可		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																														
上記費用金額の合計金額						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	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())																																		
同意記録		同意医師氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷病名	要 加療期間																											
					年 月 日		~																											
施術証明欄		上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。			保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																												
		令和 年 月 日	住所																															
免許登録番号		あんまマッサージ指圧師		氏名	Ⓜ																													
				電話																														

被保険者記入欄	振込先銀行名 (被保険者名義のみ。 被扶養者名義不可)	銀行	支店	口座 番号	名義	
	上記の通り申請致します。					受付日付印
	令和 年 月 日					
	〒 住所					電話
被保険者の氏名						
大和ハウス工業健康保険組合理事長殿						