

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

(令和 6 年 10 月施術分)

被保険者証の 記号番号	10 - 99999	被保険者名	健保 太郎			生年月日	昭平・令 40 年 10 月 10 日																									
事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社	所属	〇▲〇▲〇▲〇 部・室・課			事業所 連絡先	0587-23-6661 (内線 611 - 5112)																									
被扶養者が施術を受けた場合は、下記に氏名・生年月日・続柄を記入してください。																																
氏名	健保 花子			生年月日	昭平・令 43 年 10 月 1 日			被保険者との続柄	妻																							
傷病名	(医師に同意を受けた傷病名)					発病または負傷年月日	昭平・令 6 年 9 月 20 日																									
発症又は負傷原因 とその経過	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)					施術した場所 (入居施設や住所地特例等、 保険証住所と異なる場合に記載)																										
業務上の負傷ですか	はい・いいえ			通勤・退勤時の負傷ですか	はい・いいえ			交通事故による負傷ですか	はい・いいえ																							
施術の期間 (支給期間:月単位)	令和 6 年 10 月 1 日 ~ 6 年 10 月 15 日			日数	3 日			施術に要した費用の額 (月単位の額合計)	6,690 円																							
振込先 指定 口座	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ 銀行・金庫・農協			名古屋営業部			本店・支店・出張所																								
	預金の種類	1 普通 2 当座			口座番号	8 8 8 8 8 8																										
	口座名義	カタナカ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として、左づめでご記入ください。 ケ ン ホ ・ タ ロ ウ																														
<p>本紙(または添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 豊田合成健康組合が医療機関等の関係機関に対して、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、 また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。</p> <p>令和 6 年 10 月 15 日</p> <p style="text-align: right;">〒 492-8153 住所 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 被保険者氏名 健保 太郎 (請求者氏名) 電話 0587-23-6661</p>																																
減 ・ 灸 師 記 入 欄	初療年月日	昭平・令 年 月 日			施術期間	自・令和 年 月 日~至、 年 月 日			実日数	日			請求区分	新規・継続																		
	傷病名及び症状											転 帰	継続・治癒・中止・転医																			
	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)	施術回数	回	回	回	回	回	摘 要																		
	通所	円×		回=		円																										
	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 罎 法 (加算)	円×		回=		円																										
	温 罎 法 ・ 電 気 光 線 器 具 (加算)	円×		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	(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:令和 年 月分)	円×		回=		円																										
	合 計	円		回=		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																															
○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											〒																				
免許登録番号											あんま・マッサージ・指圧師	住所																				
											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																							
					令和 年 月 日																											

- 【添付書類】 1.領収書(原本) 【※受診者がわかるもの ※領収印があるもの】
 2.保険医※の同意書(原本)。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に保険医※の同意書。
 ただし、変形徒手矯正術は、1ヶ月毎に同意書が必要です。
- 【注意事項】 1.訪問施術がある場合は、訪問施術を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
 2.往療料を支給する申請書には、施術者に施術内容と併せて突発的に発生した往療を行った日及び当該往療を必要とした理由の記入の他、「摘要」欄に連携した医師の氏名及び保険医療機関名等の記入をしてください。
 3.本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・肩こり・腰痛)のマッサージ等は支給対象になりません。
 4.産業医は保険医※ではないため、同意書の交付はできません。
 ※保険医(保険医療機関において、健康保険の診療に従事する医師)

受付	入力	支払