

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ償還)

被保険者欄	被保険者の資格の記号番号		発症又は負傷年月日		傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	—		年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		続柄	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())																												
昭・平・令 年 月 日生		施術した場所(施設等に入院している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																															
施術内容欄	初検年月日		施術期間		実日数		請求区分																										
	年 月 日		自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日		日		新規・継続																										
	傷病名及び症状								転 帰																								
									継続・治癒・中止・転医																								
	施 術 料	マッサージ		同意部位	軀幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘 要																							
				施術回数	回	回	回	回	回																								
		通所		円 ×		回 =		円																									
		月16回以降の施術に係る50%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		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		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		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		訪問施術料 4 (10人~19人)		円 ×		回 =		円																									
		月16回以降の施術に係る50%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		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		温電法(加算)		円 ×		回 =		円																									
		月16回以降の施術における加算に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		温電法・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		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		変形徒手矯正術(加算)		同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢																									
		※温電法との併施は不可		施術回数	回	回	回	回																									
				円 ×		回 =		円																									
		月16回以降の施術における加算に係る50%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																											
費 用 額 計						円																											
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】				減後合計額		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																																
	訪問4④																																
	訪問5⑤	月																															
往療又は訪問の理由(1. 独歩による交通機関を使っての外出困難 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。		令和 年 月 日		〒		—		所在地		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術住所地																				
	免許登録番号		はり師		所在地		施術所名称																										
	免許登録番号		きゅう師		施術管理者名		電話																										
申請欄	上記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。																																
	令和 年 月 日 〒 — 所在地																																
支払機関欄	被保険者 大阪金属問屋健康保険組合 殿 (請求者) 氏名 電話																																
	金融機関名 支店名 預金種別 口座番号 口座名義																																
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																																

受付年月日

＜記入にあたっての注意事項＞□

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「**施内容欄**」および「**施術証明欄**」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。□
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<添付書類>

- 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。
- 領収書（受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き（例：あんま・マッサージ施術代））
- ※該当する場合
- 医師の同意書（原本） □施術報告書（写し） □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