

健康保険

被保険者
家族

療養費

支給申請書(あんま・マッサージ用)

本申請書の提出を事業主へ委任します。
(委任される場合は左記確認欄へ記入をお願いします。)

↓対象者をご選択ください

被保険者(申請者)情報

被保険者資格の記号番号

発病または負傷年月日

傷病名(医師の同意を受けた傷病名)

被保険者氏名および住所

性別

発症または負傷の原因およびその経過

療養が被扶養者に関するとき

性別

続柄

業務上・外、第三者行為の有無

初療年月日

令和 年 月 日

施術期間

自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日

実日数

請求区分

傷病名及び症状

転帰

施術内容欄

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

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

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)

同意部位

(右上肢)

(左上肢)

(右下肢)

(左下肢)

※温罨法との併施は不可

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

明細書発行加算

円 × 回 = 円

合計

円

施術日

通所○ 往療◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③

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

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、その費用を領収いたしました。

令和 年 月 日

あん摩
マッサージ
指圧師

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

所在地

施術所名

施術管理者名

電話

委任状欄

被保険者

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します

令和 年 月 日

被保険者氏名

住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

代理人

事業所名称

事業所所在地

氏名(健保口 口座名義人名)

受取口座

公金受取口座

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
(利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)

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

令和

令和

<記入にあつての注意事項>

・申請書は暦月を単位として作成してください。

・「施術内容欄」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。

・「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。

<事業所を代理人とする場合の提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合(※任意継続の場合は、直接健康保険組合へ提出してください)

<公金口座を利用する場合の提出の流れ>本人 → 健康保険組合

※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。

<その他添付書類(該当する場合)>

□医師の同意書(原本) □施術報告書(写し) □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問合せ先 全国設計事務所健康保険組合 給付グループ TEL03-3404-7344