

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号・番号 —		○発病又は負傷年月日 年 月 日		○傷病名																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		○業務上・外、第三者行為の有無																										
		昭・平・令 年 月 日生		1.業務上 2.第三者行為 3.その他		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																										
		男・女																														
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分																								
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 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（施術料）		同意部位 施術回数	(軀 幹) 回	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 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																								
温電法（加算）		円×		回＝		円																										
温電法・電気光線器具（加算）		円×		回＝		円																										
変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 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																										
費 用 額 計		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。		令和 年 月 日		〒 —		住所		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																							
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		氏名		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		〒 —		住所																									
	自動車振興会健康保険組合 殿		申請者 (被保険者)		氏名		電話																									
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名		銀行	信組	本店																									
	1. 振込	1. 普通			金庫	農協	支店・出張所																									
	口座番号			口座名義		カタカナで記入																										
公金受取口座		<input type="checkbox"/> 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、上記口座情報の記入は不要です)																														
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																												

備考欄（注）

(注) 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。