

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者	下記のとおり、療養費の支給を申請します。なお、私が在職中である場合は、事業主を代理人と定め、支給される給付金の受領方を委任します。									
		記号		番号		氏名					
		会社名※4				所属※4					
	申請が家族に 関するときはそ の家族の	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日		歳	続柄 (例)長男	
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日			傷 病 名			施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)				
	平・令 年 月 日										
	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				
							有 (業務上 ・ 第三者行為 ・ その他) ・ 無				
	同 意 書	私は、貴健保組合が療養費の支給に関する情報提供(当該医療機関等の)を受けることに同意します。									
		令和 年 月 日 住所 被保険者氏名									

施 術 内 容 欄	施 術 料	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分										
		令和 年 月 日		令 年 月 日 ~ 令 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続										
		傷 病 名 又 は 症 状								転 帰										
				同意部位		軀幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医									
				施術回数		回	回	回	回	回	施術日 (通所○・往療◎)									
												(訪問1①・訪問2②・訪問3③・訪問4④・訪問5⑤)								
		マ ッ サ ー ジ (施 術 料)	通所	円×				回＝		円		1	2	3	4	5	6	7		
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円×				0.5×		回＝		円		8	9	10	11	12	13	14
			訪問施術料 1	円×				回＝		円		15	16	17	18	19	20	21		
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円×				0.5×		回＝		円		22	23	24	25	26	27	28
			訪問施術料 2	円×				回＝		円		29	30	31						
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円×				0.5×		回＝		円								
			訪問施術料 3	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	円×				回＝		円										
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円×				0.5×		回＝		円								
		温 罎 法 (加 算)	温 罎 法 (加算)	円×				回＝		円		往 療 又 は 訪 問 の 理 由								
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円×				0.5×		回＝		円		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、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他 ()						
			温罎法・電気光線器具(加算)	円×				回＝		円		施 術 証 明 欄								
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円×				0.5×		回＝		円		保健所登録区分:1.施術所所在地 2.出張専用施術者住所地						
			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		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 あんまマッサージ指圧師 免許登録番号 : 住所 : 〒 氏名 : 電話 :							
				施術回数	回		回		回		回									
				円×				回＝		円										
				円×				0.5×		回＝		円								
			特 別 地 域 (加 算)	円×				回＝		円		摘 要								
				円×				回＝		円										
		円×				回＝		円												
		円×				回＝		円												
		往 療 料	円×				回＝		円											
			円×				回＝		円											
円×				回＝		円														
円×				回＝		円														
円×				回＝		円														
合 計																				
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)		通減後合計額																		
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							

<記入にあたっての注意事項>

※1 申請書は、「**暦月**」単位として作成してください。

※2 **二重線内**(「施術内容欄」「施術証明欄」「同意記録」)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。

※3 <提出の流れ>本人 → 会社[事業所(健保窓口)] → 健康保険組合 (※任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合へ提出してください)
(必須)受診者が明記された領収書(原本)を添付してください。(領収印及び施術所名等があるもの)

※4 任意継続被保険者の方は「会社名」「所属」の記入は不要です。

<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)

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

<R080701>