

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            | ○被保険者証等の記号番号 |        | ○発病又は負傷年月日 |                                       | ○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                       |                      |  |
|                  |              | 男・女    |            | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )        |                      |  |
| 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |              |        |            | ○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) |                      |  |

|                       |           |                             |                       |         |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 施術内容欄                 | 初療年月日     |                             | 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 (施術料)                 |                       | 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 |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |           | 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)<br>※温電法との併施は不可 |                       | 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: 年 月分) |           | 円× 回= 円                     |                       |         |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 合 計                   |           | 円                           |                       |         |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 一部負担金 (1割・2割・3割)      |           | 円                           |                       |         |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 請 求 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      |                             |                       |         |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 月                     |           |                             |                       |         |         |         |         |         |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

○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                 |           | 〒 -         |     |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 登録記号番号                   |           | 施 術 所 所 在 地 |     | 名 称                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                          | 施 術 管 理 者 |             | 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                      |          | 被保険者 住所 |     |  |
| 労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿 |                               | (申請者) 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  |       |       |

<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(「施術内容欄」及び「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、医師による同意書又は診断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。

<提出の流れ>

本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続又は特別退職保険制度加入の方は、直接健康保険組合へ提出してください)

※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)>

医師の施術同意書又は診断書(原本)       施術者による施術報告書(写し)       往療状況確認書(該当する場合)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合)