

療養費支給申請書(年月分)(あんま・マッサージ用)

専務理事	事務長	担当者

小松製作所健康保険組合理事長 殿

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)		統柄	○業務上・外、第三者行為の有無 (1.業務上 2.第三者行為 3.その他())																												
男		女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.()	○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																										
	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																								
	通所		施術回数	回	回	回	回	回																									
	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																									
	温罨法(加算)			円×	回=			円																									
	温罨法・電機光線器具(加算)			円×	回=			円																									
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
			施術回数	回	回	回	回																										
				円×	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																										
合計							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	月																															
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。															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															住 所																	
																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															申請者 (被保険者)	住所																
	小松製作所健康保険組合理事長殿															氏名	電話																
同意記録	同意医師の氏名		住 所			同 意 年 月 日					要加療期間																						
									令和 年 月 日																								
レをお願いします <input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日																																	

<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)

*当該申請書をご提出の際には 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。