

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)										続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																		
		男・女										1・本人 2・配偶者 3・子 4・()		(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)																		
昭・平・令 年 月 日生																																

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 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	月	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。 令和 年 月 日																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																住 所															
																	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																〒 -																
	小松製作所健康保険組合理事長殿																申請者 (被保険者) 住所 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 ☐ 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。