

療養費支給申請書（6年10月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者の記号番号 〇〇〇 - ××××		○発病又は負傷年月日 令和5年4月1日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 筋麻痺（右上肢）																														
	療養を受けた者の氏名 西日本 花子		続柄 ② 家族		○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 ( 〇〇〇〇〇〇 ) )																														
	(フリガナ) ニシニホン ハナコ 男 女		1. 本人 2. 家族 3. 子 4. その他 ( )		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、居住地と異なる場合に記載）																														
○昭・平・令 49年5月1日生																																			
施術内容欄	初療年月日 平・令 5年4月5日		施術期間 自・令和6年10月5日～至・令和6年10月28日			実日数 3日		請求区分 新規・継続																											
	傷病名及び症状 筋麻痺（右上肢）							転帰 継続・治癒・中止・転医																											
	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		回数	回	3回	回	回	回																											
	訪問施術料 1		450 円 ×		3 回 =		1,350 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		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				1,350円																														
施術日		訪問1①	10	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6年10月28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 〇〇〇〇〇〇〇〇-〇-〇		あんまマッサージ指圧師		所在地 大阪市〇〇区〇-△-× 施術所名 △△治療院 施術者名 〇〇 △△ 電話 06-〇〇〇〇-××××																														
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6年10月31日		被保険者 西日本プラスチック工業健康保険組合 殿		住所 大阪市〇〇区×-×-× 氏名 西日本 太郎 電話 090-〇〇〇〇-××××																														
	銀行 農協 本店・支店 信用金庫 〇〇 出張所 信用組合 支所		預金種目 普通 当座		口座番号 1 1 1 1 1 1 1																														
口座名義（フリガナ） （フリガナ）ニシニホン タロウ 西日本 太郎																																			
同意記録	同意医師の氏名 〇〇 ××		住 所 大阪市〇〇区×-×-×		同意年月日 令和6年10月2日																														
					傷病名 筋麻痺（右上肢）																														
				要加療期間 令和6年10月2日～ 令和7年3月31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」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。  
 ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。  
 ・「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。  
 <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してください）  
 <添付書類>※②～④は該当する場合のみ  
 ①施術に要した費用の領収書（原本）②医師の同意書（原本）③施術報告書（写し）④1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書