

療養費支給申請書（8年7月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者資格の記号番号 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	(フリガナ) ニシニホン ハナコ		続柄 1.本人 2.家族 3.子 4.その他 ()	○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))																												
		○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）																															
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8年7月5日～至・令和8年7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 ・治療・中止・転医				摘要																										
	施術料	マッサージ（施術料）		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 3回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																								
		通所		470 円×		3 回＝		1,410 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） ※温電法との併施は不可		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。			(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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																											
明細書発行加算		円×		回＝		円																											
合計						1,410 円																											
施術日 訪問1①		7	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8年7月28日		保健所登録区分 〒〇〇〇 - △△△△		1. 施術所在地 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		所在地 大阪市〇〇区〇-△-×		施術所名 △△治療院																												
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8年7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×-×-×																												
	銀行・農協 信用金庫 〇〇 信用組合		本店・支店 出張所 支所		預金種目 普通 当座																												
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8年7月2日																												
					傷病名 筋麻痺（右上肢）																												
						要加療期間 令和8年7月2日～ 令和8年11月30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、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