

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	○被保険者証等の記号番号 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）					
	(フリガナ) ニシニホン ハナコ 療養を受けた者の氏名 西日本 花子		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))					
	○昭平・令49年5月1日生		○女		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証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）	
	施術回数		回		3回		回		回	
	通所		450円×		3回＝		1,350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		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		
通所②		月		〇						
往療③		月						〇		
○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（ ） ）										
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 〒〇〇〇 - △△△△		所在地 大阪市〇〇区〇-△-×		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		あん摩マッサージ指圧師		施術所名 △△治療院		施術者名 〇〇 △△		電話 06-〇〇〇〇-××××		
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-××××		
支払機関欄		銀行・農協 信用金庫 〇〇		本店・支店 出張所 支所		預金種目 普通 当座		口座番号 1 1 1 1 1 1		
		信用組合						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		

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。

<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