

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者記号番号								○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																																							
															続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無																													
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)						男 ・ 女										(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）																													
		明・大・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・電気光線器具（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 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																																申請者 (被保険者)						住所									
	万代健康保険組合理事長 殿																																氏名						電 話									
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払										預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										金融機関名										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																	
	口座名義 カタカナで記入															口座番号															郵便局																	
同 意 記 録	同意医師の氏名					住 所										同 意 年 月 日										傷 病 名										要加療期間												
																令和 年 月 日																																

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和	年	月	日
申請者	住所				
(被保険者)	氏名				
	住所				
代理人	氏名				

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。