

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. 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 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							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							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 月																																																																
○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。														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																																										
	令和 年 月 日														〒 ー																																																	
	免許登録番号														住 所																																																	
	あん摩マッサージ指圧師														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。														〒 ー																																																	
	令和 年 月 日														住 所																																																	
	申請者 (被保険者)														氏 名																																																	
	国会議員秘書健康保険組合理事長 殿														電 話																																																	
支払機関欄	支払区分 振 込							預金の種類 1. 普通 2. 当座							金融機関名							銀行 金庫 農協							本店 支店 出張所																																			
	口座名義 カタカナで記入														口座番号																																																	
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																																																	