

療養費支給申請書

(年月分)

(あん摩・マッサージ用)

被保険者等記号・番号			発病又は負傷年月日						<input type="checkbox"/> 傷病名																								
—			年月日																														
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			性別 男 女	統柄	<input type="checkbox"/> 発病又は負傷の原因及びその経過																											
						<input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為の有無																											
生年月日	昭・平・令		年月日	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他																													
初療年月日			今回施術期間						施術実日数	請求区分																							
平・令年月日			自令年月日～至令年月日						日	新規・継続																							
施	傷病名又は症状									転帰																							
										継続・治癒・中止・転医																							
術内容欄	マッサージ(施術料)			同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																							
				施術回数	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																								
一部負担金(1割・2割・3割)									円																								
請求額									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																															
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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										住所																						
											免許登録番号		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。																																
	令和 年月日										〒		一																				
											住所																						
AL SOK健康保険組合 殿										申請者 (被保険者) 氏名																							
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																				
													月 日から																				
													月 日から																				

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。										令和 年月日	
		住所 氏名										受付印	
代理人		住所 氏名											
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。※□を入れた場合は、申請前に健康保険組合までご連絡ください。													