

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		○傷病名																													
—		年 月 日																															
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄		○発病又は負傷の原因及びその経過																													
		男	女	○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																												
施 術 内 容	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																
	傷病名又は症状										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	(躯幹)	(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																											
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		健康保険組合使用欄																										
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		住所		住所		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。		住所		住所		電話																										
	令和 年 月 日		住所		住所		電話																										
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
	代理人	住所	住所	住所
		氏名	氏名	氏名
		住所	住所	住所
		氏名	氏名	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。* <input checked="" type="checkbox"/> 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。				

受付印