

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	○被保険者証等の記号番号 (枝番記載不要)		○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																												
	記号	番号	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 ())																											
		昭・平・令 年 月 日生		○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		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																										
	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 罎 法 (加算)		円×		回＝		円																										
	温罎法・電気光線器具 (加算)		円×		回＝		円																										
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可		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		回＝		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。		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																											
					〒	〒																											
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	住所																											
					日本アイ・ビー・エム健康保険組合理事長殿 (被保険者)	氏名 電話																											
同 意 記 録	同意医師の氏名		病院名		同意年月日		傷病名	要加療期間																									
			住所		令和 年 月 日																												

- 添付書類 ● 領収書 (原本)
 ● 医師の同意書 (原本) ・ ・ ・ 初回および更新 (再同意) 月
 ● 施術報告書 (写し) ・ ・ ・ 再同意時

受付日付印