日本ペイント健康保険組合　御中

あんま・マッサージ用

療養費支給申請書（　　年　　月分）

被保険者記入欄	被保険者 記号－番号	被保険者氏名	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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	業務上・外、第三者行為の有無
	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他（　）	(1.業務上　2.第三者行為　3.その他（　　))
	年　月　日生		施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	年　月　日 ～　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

施術内容欄								摘要
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)	
		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						
一部負担金（1割・2割・3割）		円						
請求額		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。 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	〒　－ 住　所	
あん摩マッサージ指圧師	氏　名	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
			年　月　日		

委任状	領収書
上記請求金額の受領を　　に委任する。 年　月　日 被保険者氏名	上記請求金額正に領収いたしました。 年　月　日 被保険者氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
□	

常務理事	常務理事	常務理事

＜注意事項＞

◎暦月ごとに一枚の申請書に記入して下さい。

◎「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理者へ記入を依頼して下さい。

◎該当する場合は添付

□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療内訳表　□一年以上・月十六回以上施術継続理由・状態記入書

◎施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付して下さい。

◎「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入して下さい。