

給付支給決定並びに支給伺い				伺年月日
常務理事	事務長	担当者	支給額	決裁年月日
				取得年月日
				喪失年月日
				円

## 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

※【依頼事項】被保険者記号・番号はマイナポータルもしくは資格確認証で確認してください。

令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者	記号	番号	発病又は負傷年月日	傷病名	発症・負傷の原因および経過（詳しく）																											
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		年 月 日		施術した場所（健保に届けている住所と異なる場合に記載）																											
	生年月日	昭・平・令	年	月	日生	□今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。 ※該当する場合、必ず健保へご連絡ください。																											
	電話番号																																
施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入欄	初療年月日	施術期間			実日数	申請区分																											
	平・令	年	月	日	自令和	年	月	日	～至令和	年	月	日	日	新規・継続																			
	傷病名	1.神経痛（部位：） 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他（）					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																																
○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（ ）																																	
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所										同意年月日	傷病名	要加療期間																			
												令和																					
												年 月 日																					
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					氏 名																						
	あん摩マッサージ指圧師																																
	免許登録番号																																
												電話																					

### <注意事項>

訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

医療機関との併用など審査を行うため、支給の決定は施術月により3ヶ月以上かかる事があります。

### <添付書類>

□「領収書」原本

<その他添付書類（該当する場合は、厚生労働省のホームページに掲載されている様式をご利用ください）>

□「医師の同意書」原本(初回及び半年おき提出)※変形徒手矯正術がある場合は毎月提出

□「施術同意書」写し(6ヶ月更新のため「医師の同意書」と併せて提出)

□「往療状況確認表」原本 □「1年以上かつ月16回以上施術継続理由・状態記入書」原本

— 受付日付印 —