

常務理事	事務長	総務課長	係
支払年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

得喪	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日
支給額		円		
備考				

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	○被保険者等の記号番号		○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	○発症又は負傷の原因及びその経過																												
男・女																																
昭・平・令 年 月 日生		○業務上・外、第三者行為の有無																														
		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ()																														
○施術した場所(入居施設や住所地特例等、被保険等住所地と異なる場合に記載)																																
施術者記入欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分																										
	年 月 日	自・ 年 月 日 ~ 至・ 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																										
	施術料	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)																								
			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	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																											
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																										
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())																																
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																								
				年 月 日																												
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																																
年 月 日																																
あん摩マッサージ指圧師 住 所																																
登録記号番号 氏 名 電話																																
被保険者欄	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。																															
	年 月 日																															
	日本旅行健康保険組合 殿 申請者 住所 (被保険者) 氏名																															
支払先	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所		普通預金	口座番号																											
	口座名義 カタカナで記入	連絡先 (振込不能時等)																														

【添付書類】①領収書(原本) ②初療時・6か月後医師の同意書 ③1年以上・月16回以上の場合理由・状態記入書