# 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 | | | |
|---|---|---|---|
| ○被保険者等記号・番号 | ○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)<br>男・女<br>昭・平・令　年　月　日生 | 続柄 | ○業務上・外、第三者行為の有無<br>（ 1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　））<br>○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） |

| 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<br>継続・治癒・中止・転医 | |

| 施術料 | | | | | | | | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>※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 | | | | | | |

| 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○ 往療◎ | 訪問2② 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。<br>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 |
| | 〒　－<br>住所 | |
| 免許登録番号 | あん摩マッサージ指圧師<br>氏名 | 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。<br>令和　年　月　日<br>日本ケミコン健康保険組合理事長　殿 | 〒　－<br>申請者（被保険者）<br>住所<br>氏名　電話 |

| 支払機関欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 支払区分<br>1. 振込　2. 銀行送金<br>3. 郵便局送金　4. 当地払 | 預金の種類<br>1. 普通　2. 当座<br>3. 通知　4. 別段 | 金融機関名 | 銀行　本店<br>金庫　支店<br>農協　出張所 | |
| 口座名義カタカナで記入 | | 口座番号 | | 郵便局 |

| 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 |
| | | 令和　年　月　日 | | |

＜記入にあたっての注意事項＞
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「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ください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「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」に記入してください。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞
□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先　日本ケミコン健康保険組合　TEL.0428-22－9001
2025年3月版