

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者

支給期間	自			
	至			

このページはご自身でご記入ください。  
(1ヵ月単位で申請)

被保険者 療養費支給申請書 (あんま、マッサージ、指圧用)  
被扶養者

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号 <b>1010</b>	②被保険者の氏名 <b>健保 太郎</b>	
		番号 <b>5432</b>	生年月日 <b>昭和・平成</b> ○年○月○日	
	③ 被保険者の現住所	〒○○○-○○○○ 電話 ○○○(○○○)○○○○ <b>名古屋市○○区○○町 ○丁目○番地</b>		
	④ 事業所名称	<b>株式会社 ○○○○</b>		
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下の欄に氏名、生年月日、続柄を記入してください。			
	氏名	<b>健保 花子</b>	生年月日 <b>昭和・平成</b> ○年○月○日	被保険者との続柄 <b>妻</b>
	⑥ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	<b>左前腕部筋麻痺</b>	⑦ 発病または負傷年月日	○年○月○日
	⑧ 発病・負傷の原因および経過	<b>令和○年○月、左腕のしびれで○○医院を受診、上記病名と診断を受け治療を受けるが回復せず、医師の同意を得て○年○月よりマッサージを開始。しびれが取れないため施術を継続している。</b>		
	⑨ 第三者によるものですか	はい ・ <b>いいえ</b> 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
	⑩ 業務中に発生したものですか	はい ・ <b>いいえ</b>		
	⑪ 施術を受けた施術所	名称 <b>□□マッサージ治療院</b>	所在地 <b>名古屋市□□区□□町 □丁目□番地</b>	
	⑫ 施術を受けた日 (○をつけて下さい)	年 月	1 2 3 4 <b>5</b> 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 <b>16</b> 17 18 19 20 21 22 23 24 <b>25</b> 26 27 28 29 30 31 【 日間】 ※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。	
⑬ 再同意方法 (同意書がない場合)	チェック	<input type="checkbox"/> 受療者 ・電話( 月 日) ※日付記入 <input type="checkbox"/> 家族 ・診察日に口頭( 月 日)で同意を得た。 <input type="checkbox"/> あん摩 ・電話( 月 日) ※日付記入 <input checked="" type="checkbox"/> マッサージ ・文書( ○ 月 ○ 日)で同意を得た。 <input type="checkbox"/> 指圧師		
※ 同意医師へ確認させていただく場合もありますので、正確にご記入ください。				

記に金 入委 額 の 任 受 領 す る 受 領 を く る と 事 業 に 所	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
	令和 ○年○月○日
	被保険者(請求者) 氏名 <b>健保 太郎</b>
	委任された者の 事業所名称 事業所所在地 受任者氏名 _____
	(各事業所の健康保険担当部署に記入をご依頼ください)

# 施術内容証明書 (あん摩、マッサージ、指圧用)

(令和 年 月分)

このページは施術を受けた施術所に記入してもらってください。

① 被保険者の 記号・番号	記号											本人																				
	番号											家族																				
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																			
③ 施術内容欄 あんま・マッサー ジ師、指圧師記入欄	傷病名											転帰																				
												継続・治療 中止・転医																				
												適用																				
	マッサー ジ	軀幹	円×	回=	円								※施術管理者以外が施術した 場合に記入 施術者氏名 _____																			
		右上肢	円×	回=	円																											
		左上肢	円×	回=	円																											
		右下肢	円×	回=	円																											
		左下肢	円×	回=	円																											
	変形徒手矯正術	円 × 肢 × 回 =			円								_____																			
	温 罨 法	円×	回=	円								施術日 . . . . 日																				
温 罨 法 電気光線器具	円×	回=	円								_____																					
往療料 2kmまで	円×	回=	円									※往療を必要とした場合に記入																				
加 算 ( km)	円×	回=	円								往療日 . . . . 日																					
	円×	回=	円								往療を必要とした理由																					
合 計				円								_____																				
施術日 通院○ 往療◎	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
④ 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																															
	施設の所在地 あん摩 マッサージ 指圧師 名 称 氏 名 電 話 _____																															
あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号 ( _____ )																																
⑤ 同意記録	同意医師名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間																											
			年 月 日																													
	再同意医師名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間																											
			年 月 日																													

【添付書類】 ◎領収書(原本) ◎医師の同意書(原本) ◎施術報告書の写し(再同意時)  
◎往療状況確認表(往療時) ◎1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当時)  
(医師の同意書は、初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対して有効となります。  
有効期限後の施術分には、医師の再同意書を添付してください。ただし、変形徒手矯正術は  
1カ月毎に同意書が必要です。)

【注意事項】 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防、慰安を目的とした  
施術は支給対象にはなりません。