

# 健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 ( 年 月分)【あんま・マッサージ用】

大阪府建築健康保険組合 理事長 殿

本申請書の施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

被保険者が記入するところ	被保険者記号・番号		被保険者氏名		Tel (フリガナ)																												
	—		—		—																												
	被保険者の住所	〒 —		Tel ( ) —		—																											
	施術を受けた者の氏名・生年月日等	(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	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																															
あんま・マッサージ・指圧師記入欄	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、上記被保険者住所地と異なる場合に記載)																														
	振込口座	金融機関名	支店名	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他( )																												
	【被保険者名義に限りです】	銀行 金庫 農協	口座名義 カナで記入	口座番号																													
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	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																											
	施術内容	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	継続・治癒・中止・転医 摘要																							
			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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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 × 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( ) )																																	
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		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		所在地																														
	免許登録番号		施術所名		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																													

**【記入上の注意と添付が必要な書類について】**

- ・ 申請書は暦月単位で作成。振込口座は被保険者名義に限りです。「あんま・マッサージ・指圧師記入欄」については、施術所に記入を依頼してください。
- ・ 以下①~④の書類を添付してください。
- ①医師の同意書(原本) ※有効期間内における2回目以降の請求にあつては省略可
- ②施術報告書(写) ※施術報告書交付料を申請するとき
- ③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 ※該当するとき
- ④領収書(原本) ※受療者氏名、受療日、施術所名、施術費用の記載があるもの