

## 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	○被保険者証等の記号番号							○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)																					
								令和 年 月 日																								
	(フリガナ)							続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過																					
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女							1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )			○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 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													
																			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 )		摘 要													
									施術回数	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・電機光線器具 (加算)							円× 回＝ 円																							
		変形徒手矯正術 (加算) ※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																			
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	月																														
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																								
免許登録番号							あんまマッサージ指圧師																									
							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											
															令和 年 月 日																	
被 保 険 者 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。											年 月 日																				
	B I P R O G Y 健康保険組合 御中																															
	上記金額受領方を _____ に委任します。																															
	被保険者 〒 _____																															
	住 所 _____																															
氏 名 _____ ⑩ 電 話 _____																																
確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。																															
<input type="checkbox"/>																																

※在籍者の方は委任先として本籍会社名をご記入ください。委任いただくことにより給与支給にあわせてお支払いします。  
(任継・特例の方は委任先会社名の記入は不要です。ご登録いただいている口座にお支払いします)  
(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)