

療養費支給申請書 (〇〇年 〇月分) (あんま・マッサージ用)

記入例

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)																				
	1	0	1	0	1	2	3	4	5	令和××年××月××日								脳梗塞																			
	施術を受けた者の氏名 (フリガナ) トヨス タロウ 豊洲 太郎 平成××年××月××日生								続柄 男 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○発症又は負傷の原因及びその経過 体幹機能障害 (関節拘縮) ○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 (令和)××年××月××日				施術期間 自・令和×年×月×日～至・令和×年×月×日				実日数 ××日				請求区分 新規・継続																								
	傷病名及び症状 体幹機能障害 (関節拘縮)				転帰 継続・治癒・中止・転医				摘要																												
	マッサージ (施術料)				同意部位 施術回数		(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
	通所				円×		回	回	回	回	回																										
	訪問施術料 1				×××× 円×		3	回	××××	円																											
	訪問施術料 2				円×		回	回	回	回																											
	訪問施術料 3 (3人～9人)				円×		回	回	回	回																											
	訪問施術料 3 (10人以上)				円×		回	回	回	回																											
	温電法 (加算)				円×		回	回	回	回																											
	温電法・電機光線器具 (加算)				××× 円×		3	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)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																												
特別地域 (加算)				円×		回	回	回	回																												
往療料				円×		回	回	回	回																												
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円×		回	回	回	回																												
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				①																																	
○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。 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																												
	免許登録番号 ××××××××				住所 東京都中央区月島×××× 氏名 月島治療院 東雲 一郎 電話 03-×××-××××																																
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																				
	日本橋 花子				日本橋病院 東京都中央区日本橋××××				令和××年××月××日				脳梗塞				×××																				
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。 令和××年××月××日																																				
	BIPROGY健康保険組合 御中 ・在籍者は本籍会社名を記入 ・任継・特例の方は記入不要																																				
	上記金額受領方を BIPROGY株式会社 に委任します。																																				
	被保険者 〒 ×××-×××× 住所 東京都江東区豊洲××××																																				
	氏名 豊洲 太郎 ① 電話 03-×××-××××																																				
確認欄 <input type="checkbox"/>				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。																																	

※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。)