

## 記入例

## 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

※申請の効力は2年です

※治療内容の確認の為、支払いに  
半年ほどかかる場合があります

( ○○年 ○○月施術分)

|                                                     |                                                                                                      |                              |                                                   |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| 記号一番号                                               | 従業員番号                                                                                                | 被保険者氏名(裏面を全て確認の上、請求します)      | 連絡先                                               |
| 1 - 123456                                          | 123456                                                                                               | 健保 太郎                        | 自宅 0000-00-0000<br>勤務先 0000-00-0000 (内線551-12345) |
| 所属                                                  | 所属の同意                                                                                                |                              |                                                   |
| 〒1234 ○○部○○室○○課                                     | 私は、本療養費の支給の<br>の関係する保険者等<br>また、この申請書の写                                                               |                              |                                                   |
| 受療者氏名                                               | 医療機関等の関係機関、又は他<br>することに同意します。                                                                        |                              |                                                   |
| 健保 花子                                               | ○○年 ○月 ○日                                                                                            | 被保険者氏名                       | 健保 太郎                                             |
| 受療者住所                                               | 続柄                                                                                                   | 年齢                           | 生年月日                                              |
| 〒000-0000<br>愛知県刈谷市○○町○丁目○番地                        | 妻                                                                                                    | ○○                           | ○年 ○月 ○日                                          |
| 傷病名                                                 | 傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください                                                                               |                              |                                                   |
| 腰痛症                                                 | (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)                                                                           |                              |                                                   |
| 第三者行為又は業務上による傷病ですか?                                 | 医療助成受給者ですか?                                                                                          | 施術に要した費用                     |                                                   |
| <input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合まで<br>お問合せください | <input type="checkbox"/> はい⇒□子ども医療 □障害者医療<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ □ひとり親家庭等医療 □その他 | ※月単位(1日～月末までの合計金額)<br>4,620円 |                                                   |
| 給付金振込先(被保険者名義)※裏面の4項③をご確認下さい。                       |                                                                                                      |                              |                                                   |
| 振込先の記入方法は、裏面の4頁③をご確認ください。                           |                                                                                                      |                              |                                                   |
| 名義人氏名<br>(カタカナ)                                     | ケンポ タロウ                                                                                              |                              | ←名義人氏名は被保険者(従業員)名を<br>カタカナでご記入ください。               |

|                                                                                     |                              |          |             |     |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------|-------------|-----|-------------|
| 初療年月日                                                                               | 令和 年 月 日                     |          | 施術期間        | 実日数 | 請求区分        |
| 令和 年 月 日                                                                            | 自                            | 令和 年 月 日 | ～至 令和 年 月 日 | 日   | 新規・継続       |
| 傷病名(症状)                                                                             |                              |          |             |     | 転帰          |
|                                                                                     |                              |          |             |     | 継続・治癒・中止・転医 |
| マッサージ                                                                               | 駆 幹                          | 円 ×      | 回 =         | 円   | 摘要          |
|                                                                                     | 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   |             |
| 温罨法・電気光線器具                                                                          |                              | 円 ×      | 回 =         | 円   |             |
| 往 往療料 4kmまで                                                                         |                              | 円 ×      | 回 =         | 円   |             |
| 療 往療料 4km超                                                                          |                              | 円 ×      | 回 =         | 円   |             |
| 施術報告書交付料<br>(前回支給: 年 月分)                                                            |                              | 円 ×      | 回 =         | 円   |             |
| 合計                                                                                  |                              |          |             | 円   |             |
| 施術日: 通院○分                                                                           |                              |          |             |     | ( 月施術分)     |
| 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 | 登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 |          |             |     |             |
| 令和 年 月 日                                                                            | 所在地                          |          |             |     |             |
| あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号                                                                | 施術所名                         |          |             |     |             |
| ( )                                                                                 | 氏 名                          |          |             |     |             |
| 同意記録                                                                                | (再)同意医師の氏名                   | 同意医師の住所  | 同意年月日       | 傷病名 | 要加療期間       |
|                                                                                     |                              |          | 令和 年 月 日    |     |             |

【提出方法】 本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保 【支払】 原則、各月10日到着分を当月27日に指定口座へ支払

【添付書類】 ・医師の同意書(原本もしくは写し) ・施術に要した費用の領収証(原本) ・施術報告書(写し)

【注意事項】 ※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付

※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付

|         |                           |       |                            |
|---------|---------------------------|-------|----------------------------|
| 給付区分コード | 221                       | 区分    | 1.本外 2.六外 3.家外 4.高外一 5.高外7 |
| 家族番号    |                           | 資格取得日 |                            |
| 医療扶助    | 有( )・無                    | 資格喪失日 |                            |
| 支給額     | 7割・8割・9割<br>(高額・付加)有・無・停止 | 室 長   | 検 討                        |
| 備考      |                           | 担 当   | 受 付                        |