

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)																																	
					—					年 月 日																																				
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名				(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷原因及びその経過																																	
					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 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																									
	平成・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	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 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	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																																
										施術回数	回	回	回	回																																
										円× 回＝ 円																																				
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	月																																												
○往療又は訪問の理由 (1. 徒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徒歩による外出困難 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 免許登録番号																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																									
																	所在地																													
																	施術所名																													
																	施術管理者名				電話																									
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 パッケージ工業健康保険組合理事長 殿 被保険者 (請求者) 住所 氏名 電話																																													
	支払区分 1. 振 込 2. 当 地 払								預金の種類 1. 普通 2. 当座								金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																													
支 払 機 関 欄	口 座 名 義 カタカナで記入								口座番号																																					
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																																	

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

□「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ>被保険者 → 健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合)>

□医師の同意書 (原本) □施術報告書 (写し) □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