

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ）

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号番号								○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											
				—					年 月 日															
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)						続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無													
			男・女						1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他（ ）															
○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載）																								
		昭・平・令 年 月 日生																						

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	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	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. 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										あん摩マッサージ指圧師													
											氏 名 電話													

申 請 書	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										住 所 〒 —																			
被保険者 東部ゴム健康保険組合理事長										(申請者) 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											

※ 別紙の療養費支給申請書記載（申請）要領をご覧ください。

委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日									
	申請者		住所							
	(被保険者)		氏名							
	代理人		住所							
		氏名								

受 付 日 付 印