

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 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																																							
	○個人番号（マイナンバー）																				【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号（マイナンバー）を記入する必要はありません。																													
	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 ())																			
										昭・平・令 年 月 日生																				○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																				
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・治療・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 1 ①										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 ②																																																		
往療 ③																																																		
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										申請者 住所										氏名 電話																													
西日本パッケージング健康保険組合 様										(被保険者)																																								
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																													
支払機関欄	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。） 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																																																	
	金融機関名										支店名										預金種別										口座番号										口座名義									
											(フリガナ)										普通 当座																				(フリガナ)									
																					通知 別段																													
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										住所																																								
(被保険者) 氏名										代理人 氏名																																								

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

◎添付書類

受付年月日

- 領収書（全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）
- 同意書（初回、再同意(6か月毎)、変形徒手矯正術は1か月毎）
- 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
- 往療状況確認表(該当する場合のみ)
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)