療養費支給申請書（令和　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○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
			－					令和　年　月　日	

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	昭・平・令　年　月　日生		（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、保険証住所地と異なる場合に記載）

初療年月日	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
傷病名及び症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

施術内容欄

施術料		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
マッサージ（施術料）		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・電気光線器具（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					

摘要

※往療を行った場合

連携した医師の氏名

保険医療機関名

連携した日

同意書を交付した医師以外の場合はその理由

施術日	訪問1①	月	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○ 往療◎	訪問2② 訪問3③																																

○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

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

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

〒　－

住所

名称

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

三岐しんきん健康保険組合理事長　殿

申請者（被保険者）

〒　－

住所

氏名

支払機関欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を　　に委任します。

令和　年　月　日

申請者（被保険者）　氏名

受領委任をしないとき

☐　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。）※口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名	信用金庫 店	口座番号								口座名義 カタカナで記入	

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（1か月）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」について、任意継続被保険者の方は「受領委任をしない時」欄に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＞本人 → 金庫人事担当 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※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