

|             |   |     |       |   |   |   |      |       |       |
|-------------|---|-----|-------|---|---|---|------|-------|-------|
| ※ 健 保 記 入 欄 |   | 資 格 | 取得年月日 | 年 | 月 | 日 | 常務理事 | 事 務 長 | 担 当 者 |
| 支 給 額       | 円 |     | 喪失年月日 | 年 | 月 | 日 |      |       |       |

健康保険

被保険者  
家 族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)【 年 月分】

(該当する欄に ☐ を記入して下さい。)

※この申請書は施術所ごと、暦月ごと、受診者ごとに1枚必要です。

|                                 |                                                                                           |    |   |    |     |               |                |   |          |    |     |  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|-----|---------------|----------------|---|----------|----|-----|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 提出日                                                                                       | 令和 | 年 | 月  | 日   | 所属名           | 部・工場           |   | 室・課      |    |     |  |
|                                 | 記号・番号                                                                                     | 記号 |   | 番号 |     | 被保険者の氏名       |                |   |          |    |     |  |
|                                 | 受診者の氏名                                                                                    |    |   |    |     | 生年月日          | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月        | 日生 | 傷病名 |  |
|                                 | 性別                                                                                        | 男  | 女 | 続柄 | ( ) | 業務上/<br>第三者行為 | 業務上・第三者行為・その他  |   | 施術の要した費用 |    | 円   |  |
|                                 | 発症又は負傷の原因およびその経過                                                                          |    |   |    |     |               |                |   |          |    |     |  |
|                                 | 以下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。<br>年 月 日<br>住所<br>被保険者 (自署) 氏名<br>中山製鋼所健康保険組合理事長 殿 電話番号 ( ) |    |   |    |     |               |                |   |          |    |     |  |

※以下の記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

|                                                                                        |                          |                            |               |               |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|---------------|----------|-----|-----------------------|-------|-------|-------------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 施<br>術<br>者<br>（<br>あ<br>ん<br>ま<br>・<br>マ<br>ッ<br>サ<br>ー<br>ジ<br>師<br>）<br>記<br>入<br>欄 | 施<br>術<br>内<br>容<br>欄    | 初 療 年 月 日                  |               | 施 術 期 間       |          |     |                       | 実 日 数 |       | 請求区分        |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          | 年 月 日                      |               | 年 月 日 ~ 年 月 日 |          |     |                       | 日     |       | 新規 ・ 継続     |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          | 傷病名または症状                   |               |               |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          | 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   | 転 帰         |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            |               | 施術回数          | 回        | 回   | 回                     | 回     | 回     | 継続・治癒・中止・転医 |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            | 通所            | 円 × 回 = 円     |          |     |                       |       |       | 摘 要         |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            | 訪問施術料1        | 円 × 回 = 円     |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            | 訪問施術料2        | 円 × 回 = 円     |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            | 訪問施術料3(3~9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     |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          | 変形徒手矯正法(加算)<br>※温電法との併施は不可 | 同意部位          | 軀幹            | 右上肢      | 左上肢 | 右下肢                   | 左下肢   |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            | 施術回数          | 回             | 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                                                                                    |                          | 月                          | 通所○           |               | 往療◎      |     | 訪問1①                  |       | 訪問2②  |             | 訪問3③ |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 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 |  |
| 往療または訪問の理由[1.独歩による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<br>術<br>証<br>明<br>欄                                                                  | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 |                            | 年 月 日         |               | 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 |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            |               |               | 施術所所在地 〒 |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        | あんま・マッサージ・指圧師<br>免許登録番号  |                            |               |               | 施 術 所 名  |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            |               |               | 施術管理者氏名  |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            |               | 電 話 番 号       |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                                       | 同意医師の氏名                  |                            | 住 所           |               | 同意年月日    |     | 傷病名                   |       | 要加療期間 |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                        |                          |                            |               |               |          |     |                       |       |       |             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

毎月20日締切、翌月給与で給付します。

〔添付書類〕

- 1.領収書(原本) ※受診者名、施術所名、領収印があるもの
- 2.医師の同意書(原本) ※口頭同意・無診察同意不可(初診時と以降半年ごとに必要)
- 3.往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入し、往療記録を添付してください。
- 4.施術報告書交付料の申請がある場合は、施術者より受取った「施術報告書」の添付が必要です。

-----  
※ 受 付 日 付 印