

<提出は 事業所経由⇒健康保険組合へ(任意継続者は直接健保)>

常務理事	事務長		係

法定給付費	円
付加給付費	円
合計支給額	円

療 養 費 支 給 申 請 書 (あんま・マッサージ用) 【 年 月分】 本人・家族

※当申請書は、施術所ごと・1ヵ月ごと・受診者ごとに1枚必要です。

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○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(施設等)に同居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)						
	昭・平・令 年 月 日生					
申 請 欄	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。その金額の受領を事業主に委任します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) レンゴー健康保険組合 理事長 殿 氏名 電話					

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施 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 施術回数	(軀 幹) 回	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 回	摘 要																							
		通 所		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
		訪問施術料 1		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
		訪問施術料 2		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
		訪問施術料 3(3人～9人)		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
		訪問施術料 4(10人～19人)		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
		訪問施術料 5(20人以上)		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
		温 罨 法 (加 算)		円× 回＝ 円																													
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)		円×0.5× 回＝ 円																													
	温罨法・電気光線器具(加 算)		円× 回＝ 円																														
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)		円×0.5× 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 施術回数	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 回																										
			円× 回＝ 円																														
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)		円×0.5× 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																														
明 細 書 発 行 加 算		円× 回＝ 円																															
合 計		円																															
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減減対象)【該当の場合○】														減減後合計額 円																			
施術日	訪問1①	通 所 ○ 訪問2② 訪問3③ 訪問4④ 往療◎ 訪問5⑤	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。 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																
	住所 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師														住 所		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												
													年 月 日																				

《添付書類》

1. 領収証(原本)
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記入してください。

受付日付印