

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（年 月分）（あんま・マッサージ償還）

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号一番号		発病又は負傷年月日		傷病名																											
	—		年 月 日																													
	療養を受けた者 の氏名・生年月日	(フリガナ)	男・女	続柄		発症又は負傷の原因及びその経過																										
		昭・平・令 年 月 日生		年 齢	業務上・外、第三者行為の有無	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																											
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日																											
	傷病名及び症状				請求区分																											
					新規・継続 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)																							
		施術回数		回	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																								
		変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																								
			施術回数	回	回	回	回	回																								
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	
通所〇 訪問2②																																
往療◎ 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																											
	年 月 日																															
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日																											
	年 月 日				年 月 日																											
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。		〒		—																											
	年 月 日		申請者 住所 (被保険者) 氏名		大阪装粧健康保険組合理事長 様																											
振 込 口 座	金融機関名		支店名		店番号																											
	(フリガナ) 銀行・農協 金庫・組合		(フリガナ) 本店 支店		預金種別 普 通 その他 ()																											
						口座番号																										
						口座名義 (フリガナ)																										

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。
ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。

委 任 欄	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。		被保険者(申請者)との関係 ()		
	〒 — 年 月 日		〒 —		
	住所		住所		
	被保険者 氏名 (申請者)		代理人 氏名 ()		
				電話 ()	
				氏名	

- 各施術日ごとに支払った費用の「領収書の原本」を添付してください。
領収書には、受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例：例：あんま・マッサージ施術代)の記載が必要です。
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)場合に署名してください。
- 初回申請される場合は、保険医から交付される「同意書(あんま・マッサージ用)」を添付してください。
注：再同意については、前回同意日から6ヶ月(変形徒手矯正術は、1ヶ月)を超えて引き続きあんま・マッサージを受けようとする場合は、再度、保険医から交付を受けた「同意書(あんま・マッサージ用)」を添付してください。
- 該当する場合のみ「施術報告書(写)」・「往療状況確認表」・「1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書」の添付が必要です。
- 疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のマッサージ等は療養費の支給対象とはなりません。

受付年月日