小野薬品健康保険組合　行

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

記号・番号	被保険者氏名	事業所の名称
・		

傷病名	発病又は負傷年月日	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		男性	業務上の負傷ですか	いいえ
	続柄		第三者行為によるものですか	いいえ
	年　　月　　日生（　　歳）		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）	

振込先（任意継続の方のみ）	預金の種類 普通	金融機関名 支店

口座名義 カタカナで記入		口座番号		郵便局

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。小野薬品康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。在任期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

申請者（被保険者）　住所

氏名　　電話

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

		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
施術料	マッサージ（施術料）	施術回数	回	回	回	回	回

施術料	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	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

同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
施術回数	回	回	回	回

摘　要

施術日 通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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

○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

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

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
		令和　　年　　月　　日		

【添付書類】1．領収書（原本）　［※受診者がわかるもの　※領収印があるもの］
2．医師（主治医）の同意書。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に医師（主治医）の同意書（原本）、変形徒手矯正術については初療または再同意日から起算して１ヶ月まで有効
3．施術報告書交付料の記載がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書（写し）」の添付が必須

【注意事項】1．往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記入してください。
2．同一疾病での医療機関・柔整・あんま・マッサージとの併給は支給対象になりません。

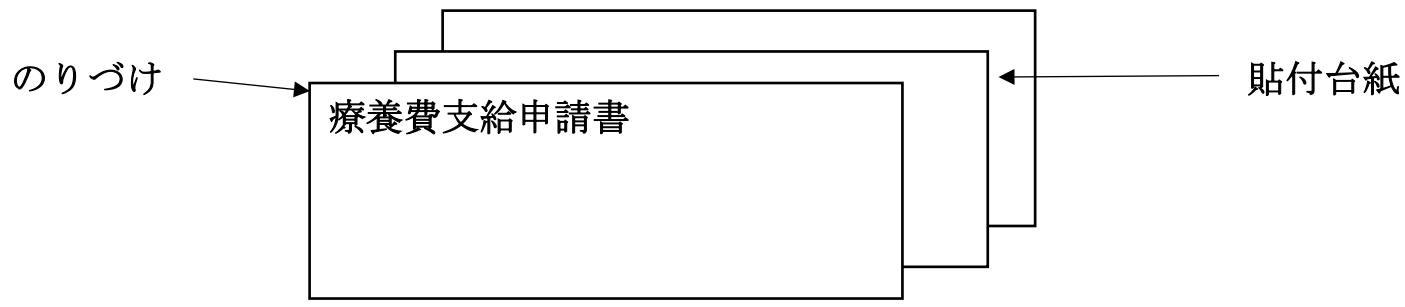
2024.10.23

のり
しろ

【添付書類　　貼付台紙】

A4サイズ以下の添付書類はここに貼って提出してください。

・領収書は原本必須です（コピー不可）。

・複数枚ある場合は、受診日、氏名、金額、発行日付等の明細がわかるように重ねて貼ってください。

・被保険者・家族　療養費支給申請書を上にして、左上部分をのり付けして提出してください。