

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

被保険者欄	被保険者等記号番号							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	(姓)							続 柄							発症又は負傷の原因及びその経過																			
		男 ・ 女																																	
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 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																										
		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 施術回数		(右 上 肢) 回		(左 上 肢) 回		(右 下 肢) 回		(左 下 肢) 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	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○	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。 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													
	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						
															令和 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。 令和 年 月 日																																		
	J A S T健康保険組合理事長 様														申請者 住所 (被保険者) 氏名 電 話																				
振 込 口 座	公金受取口座							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																											
	金融機関名							支店名							預金種別							口座番号							口座名義						
								本店 支店							普通 ・ 当座 その他（ ）														(カナ)						

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。		令和 年 月 日
			被保険者（申請者）との関係 （ ）
			住所
	被保険者 （申請者）	住所	代理人 氏名
		氏名	電話

◎添付書類

受付年月日

1. 領収書（患者氏名、施術日、施術者氏名、施術費用、但し書き（例：はり・きゅう施術代）の記載と領収印の押印が必要）
2. 同意書 ※同意書は、初療日が月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。
なお、有効期間内における2回目以降の請求では省略可。（再同意書では初療日を医師の再同意日と読み替える）
3. 施術報告書の写し（該当する場合のみ）
4. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書（該当する場合のみ）