

療 養 費 支 給 申 請 書（あんま・マッサージ用）（令和 年 月分）

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																				
	—						令和 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（ ）																			
		昭・平・令 年 月 日 生										○施術した場所（施設等に入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）																			

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日						施 術 期 間														実日数				請 求 区 分								
	平・令 年 月 日						令和 年 月 日 ～ 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	(軀 幹)		(右 上 肢)		(左 上 肢)		(右 下 肢)		(左 下 肢)		摘 要														
								施術回数	回		回		回		回		回																
		通 所						円× 回＝ 円																									
		(月16回以降の施術に係る50%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)						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)						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)						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)						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)						円×0.5× 回＝ 円																									
		温 電 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)						円×0.5× 回＝ 円																									
		温電法・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)						円×0.5× 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																		
	円× 回＝ 円																																
	(月16回以降の施術における加算に係る50%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：令和 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%減対象）【該当の場合○】										通減後合計額 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																																
	訪問4④																																
	訪問5⑤																																
○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																															
	H.U. グループ健康保険組合 理事長 殿														申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話																	

振 込 先 (被 保 険 者)	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑ 公金受取口座を利用します ☐ 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。																																
	● 公金受取口座を利用しない場合は、下記の欄に「被保険者名義」の口座をご記入ください																																
	金融機関名						銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所														預金種別				普通								
口座名義 ※カタカナで記入																口座番号（右づめ）																	

《記入にあたっての注意事項》

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」「同意記録」）は、
施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「申請欄」の申請者は、被保険者の方を記入してください。
- ・「振込先欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。

ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

- ・被保険者資格の記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請を希望する場合は、健康保険組合までご相談ください。

<添付書類>

☐ 施術に要した費用の領収書(原本) ※必ず添付

＜その他添付書類 ※下記該当する場合に添付＞

□医師の同意書（原本） ※初回時
※再同意時（6ヶ月（変形徒手矯正術は1ヶ月）ごと）

☐ 施術報告書（写し） ※交付された場合

□ 1 年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書