カヤバ健康保険組合　理事長様

年　　月　　日提出

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

○被保険者等の記号番号	○記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入	○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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄	○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、保険証住所地と異なる場合に記載）
	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生		

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		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
マッサージ（施術料）		施術回数	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　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	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		
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	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
通所○																																			
往療◎																																			

○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		

申請欄

本紙（または添付）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。但し給付金の受領を下記事業主に委任します。またカヤバ健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をすることに同意いたします。申請書は本人が作成し、記載について誤りがないことを本人が確認しています。

令和　　年　　月　　日

申請者（被保険者）　住所

氏名　　（署名又は記名押印）

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

申請者（被保険者）　住所

氏名

代理人　住所

氏名

＜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」および「同意記録」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「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。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書