

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		○発病または負傷年月日		○傷病名、発症また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 昭・平・令 年 月 日 生	(フリガナ)				統 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())																									
		男 女					○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)																									
施術内容欄	初療年月日 () 年 月 日			施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日					実日数 日			請求区分 新規・継続																				
	傷病名および症状											転帰 継続・治癒・中止・転医																				
	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																							
					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)																															
	温罨法・電気光線器具(加算)																															
	変形徒手強制術(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)	摘要																						
					施術回数	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																											
	一部負担金(1割・2割・3割)				円×																											
請求額				円																												
施術日	訪問①	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.認知症な聴覚、内部、精神障害などにより独歩で外出困難 3.その他())																																
施術証明書	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.出張専門施術者所在地																		
	年 月 日											〒 -																				
	施術所											所在地																				
	登録記号番号											名称																				
施術管理者											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																				
被保険者申請欄	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)																				
	東京スター銀行健康保険組合 殿											氏名		電話																		
	給付金の振込先 (東京スター銀行オレンジ 支店は登録不可)		銀行			本店・支店・出張所			店番					普通																		
本申請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 住所 (被保険者) 氏名											代理人 住所 氏名																					

受領印

常務理事	事務長	担当者