

被保険者
家 族

療 養 費 支 給 申 請 書 (令和 年 月分)(あんま・マッサージ用)

受付番号

* 下記の注意事項をご確認のうえ申請してください。※各月ごと、各施術所ごとにつき、この申請書が必要です。

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者等 記号 - 番号		②被保険者氏名		③事業所名称	
	—					
	④療養を受けた方	氏 名	(フリガナ)		⑤続柄	⑥傷病名
			男・女			⑦発病又は負傷年月日
			昭・平・令 年 月 日 生			昭和・平成・令和 年 月 日
	⑧発症又は負傷の原因					⑨業務上・通勤途上・外、第三者行為の有無
						1. 業務上・通勤途上 2. 第三者行為 3. なし
	⑩傷病または症状の経過					⑪施術を受けた場所 (施設等に入居している場合及び受療者の住所と異なる場合に記載)
	⑫他の医療機関等での治療の有無					
1.なし 2.あり(受診時期: 年 月 日頃 医療機関名:)						
⑬下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。 またセキスイ健康保険組合が医療機関等に対して、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、及び当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 住 所 〒 - セキスイ健康保険組合理事長殿 申 請 者 (被保険者) 署 名 電 話 ()						

施 術 者 (あんま・マ ッ サ ー ジ 師) 記 入 欄 (保 険 適 用 分 の み 記 入)	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 内 容 欄	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 ×						円 =		円																							
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×						円 =		円																							
			訪問施術料 1	円 ×						円 =		円																							
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×						円 =		円																							
			訪問施術料 2	円 ×						円 =		円																							
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×						円 =		円																							
			訪問施術料 3(3人~9人)	円 ×						円 =		円																							
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×						円 =		円																							
			訪問施術料 4(10人~19人)	円 ×						円 =		円																							
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×						円 =		円																							
			訪問施術料 5(20人以上)	円 ×						円 =		円																							
			(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×						円 =		円																							
	施 術 証 明 欄	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 ×			円 =		円																														
(月16回以降の施術に係る50%減)			円 × 0.5 ×						円 =		円																								
特 別 地 域 (加 算)		円 ×						円 =		円																									
往 療 料		円 ×						円 =		円																									
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×						円 =		円		(*) 施術日欄 通所○ 往療○																							
明 細 書 発 行 加 算		円 ×						円 =		円		訪問1① 訪問2② 訪問3③																							
合 計										円		訪問4④ 訪問5⑤																							
※集中度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 (*)	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			
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								所在地 (住 所)																											
								施 術 所 名 称																											
								施 術 管 理 者 氏 名				電 話 ()																							
●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()																																			
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(原本を添付)〕

1. 医師の同意書(必ず保険医の診察のうでで交付を受けてください)

a. 初療と変形徒手矯正術は同意書(原本)を必ず添付してください。

b. 6ヶ月を超えて引き続き受療する場合は必ず再度、保険医の診察のうで同意書の交付を受けて原本を添付してください。

c. 上記a. b. 以外のときは、同意書の写しを添付してください。

2. 領収証(療養を受けた方の氏名とその施術費用であると記されているもの。貼付用台紙をお使いください)

3. 負傷による傷病についての申請の場合は、負傷原因届を添付してください。

4. 初療の日から1年以上経過し、施術回数が16回以上/月の場合は「施術継続理由・状態記入書」の添付が必要です。

5. 施術報告書交付料を申請する場合は、その報告書の(写)を添付してください。

6. 必要と判断した場合は、その他に書類の提出を求めることがあります。

受付年月日

