

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 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																										
				年 月 日																													
	療養を受けた者の氏名	(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)																								
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																			
	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																												
		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																																	
施術日	訪問1①	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	月																															
○往診又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使った外出困難 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 ())																																	
施術證明欄	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																	
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												〒 -																				
													住所																				
	申請者 (被保険者) 東京都食品健康保険組合理事長 殿												氏名				電話																
支払機関欄	支払区分 1. 振込				預金の種類 1. 普通				金融機関名 2. 当座				銀行				本店																
	口座名義 カタカナで記入												金庫				支店																
												農協								出張所													
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																									

本申請書に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。

令和 年 月 日

被保險者

(申請者)

氏名

事業所在地

事業主

事業所名

事業主名

* 給付金に関する質問を代理人に委任する。(申請者名義以外の口座に振込を希望される) 携帯に記入してください。

直京都會品健庭保險組合