

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)		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 ( ) )	
		男・女			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所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																				
													継続・治癒・中止・転医																				
													摘 要																				
	施 術 料	マッサージ (施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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 電 法 (加 算)		円× 回＝ 円																													
		温電法・電気光線器具 (加 算)		円× 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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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	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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
○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														
	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															〒 -																
	東京都食品健康保険組合理事長 殿															申請者 (被保険者) 住所 氏名		電 話														

支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込					預金の種類 1. 普通 2. 当座					金融機関名					銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所				
	口座名義 カタカナで記入					口座番号															郵便局				

同 意 記 録 欄	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														
被保険者 (申請者) 氏名														
事業所所在地														
事業主 事業所名														
(代理人) 事業主名														