

被保険者
被扶養者 療 養 費 支 給 申 請 書(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		記 号		番 号			被保険者 氏 名																								
	事業所(会社)名称					所属 電話	TEL		○施術した場所(入居施設や住所地特例 等、被保険者住所と異なる場合に記載)																							
	受 療 者 氏 名				続 柄				生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日																						
	傷 病 名								発病又は 負傷年月日	昭和・平成 令和 年 月 日																						
	発病又は負傷の 原因及び経過																															
	施術の期間 (申請期間:月単位)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				施術に要した費用の額		円																							
	第三者行為に よる傷病ですか		☐ はい⇒「第三者による傷害届」を提出 ☐ いいえ				業務上又は通勤途上 での傷病ですか		☐ はい⇒申請できません ☐ いいえ																							
	振 込 先	フリガナ					預金種目	☐ 普通 ☐ 当座		フリガナ																						
		金融機関名	銀行		支店		口座番号			名 義																						
	上記の通り書類一式をそろえて請求いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 沖電気工業健康保険組合理事長 殿																															
あ ん 摩 ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間						実日数		請求区分																				
		平・令 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	マッサージ(施術料)		同意部位	(軀幹)		(右上肢)		(左上肢)		(右下肢)		(左上肢)		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	(右上肢)		(左上肢)		(右下肢)		(左上肢)																				
				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																												
	費 用 額 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 31																													
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(所在地) 施 術 所 名 氏 名 電 話 _____あん摩マッサージ指圧師																															
	同意 記録	同意医師の氏名	住 所				初診同意年月日				再同意年月日				傷 病 名		要加療期間															
	前回																															
	今回																															
健 保 記 入 欄	支 給 額						常務理事		事務長		課 長		担 当																			
	A+B 円																															
	A 円× /10＝ 円																															
	B (円) × /10－25,000＝ 円																															