

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	○被保険者証等の記号番号							○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())																											
○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)																																						
明・大・昭・平・令 年 月 日生							男・女																															
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														
	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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由																	
									施術回数		回		回		回		回		回																			
		通所							円×		回=		円		円		円																					
		訪問施術料 1									円×		回=		円		円																					
		訪問施術料 2									円×		回=		円		円																					
		訪問施術料 3(3人~9人)									円×		回=		円		円																					
		訪問施術料 3(10人以上)									円×		回=		円		円																					
		温 罎 法(加算)									円×		回=		円		円																					
		温罎法・電機光線器具(加算)									円×		回=		円		円																					
		変形徒手矯正術(加算) ※温罎法との併施は不可							同意部位		(右上肢)		(左上肢)		(右下肢)		(左下肢)																					
								施術回数		回		回		回		回																						
特別地域(加算)									円×		回=		円		円																							
往 療 料									円×		回=		円		円																							
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)									円×		回=		円		円																							
合 計									円		円		円		円																							
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							月																															
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。														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																			
	令和 年 月 日														〒 -				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 ・ 委 任 状	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。														〒 -																							
	また支給される金額の受領を事業主委任いたします。(任意継続被保険者を除く)																																					
令和 年 月 日																		申請者(被保険者) 住所 氏名 電話																				
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿																																						
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																							

<記入にあたっての注意事項> ☑申請書は申請者本人(被保険者)が作成し暦月を単位として記入してください。
 ☑二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
 ☑「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。
 ☑ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
 ☑当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。
 <その他添付書類(該当する場合)>
医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
 問い合わせ先 コスモエネルギーグループ健康保険組合 現金給付担当 TEL.03-3798-3143【2024年10月版】

常務理事	事務長	担当	支給金額				健保受付印