

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											
							男・女			(1.業務上 2.第三者行為 3.その他())														
明・大・昭・平・令 年 月 日生						○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)																		

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			
	マッサージ(施術料)		同意部位		被保険者がご記入ください(緑色欄) 被保険者欄/申請書・委任状/同意記録												技)		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	
	通所		施術回数														回			
	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・電機光線器具(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								円												

○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						〒 -																
	免許登録番号						住所						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																							
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿												氏名												電話											

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
 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の
 ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、
 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収
 ください。
 また、医師の同意があり一定の条件を満たす場合に限り、あんま・マッサージの施
 術についても給付の対象になります。
 詳細は健保HPをご確認ください。
 <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)
 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					