

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())															
				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)																				
明・大・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																			
	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) 回																			
	通所				施術回数																											
	訪問施術料 1								円× 回= 円				※施術管理者以外が施術した場合に記入																			
	訪問施術料 2								円× 回= 円				施術者氏名																			
	訪問施術料 3(3人~9人)								円× 回= 円				※往療を必要とした場合に記入																			
	訪問施術料 3(10人以上)								円× 回= 円				往療日 . . . 日																			
	温 罨 法(加算)								円× 回= 円				往療を必要とした理由																			
	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																								
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())																																
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																																
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。																															
令和 年 月 日	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)																															
コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長 殿	申請者(被保険者)																															
住所	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12月版】

常務理事	事務長	担当	支給金額				健保受付印