

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

※別紙の注意事項を必ずご確認の上、申請してください

令和 年 月 分

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号		被保険者氏名		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	療養を受けた方の氏名		生 年 月 日		続 柄		
			□昭和 □平成 □令和 年 月 日				
	発病又は負傷の原因 ※不明な場合はおおよその内容を記入してください(空欄の場合は受理できません)						
	傷 病 名			発病または負傷年月日			
				□昭和 □平成 □令和 年 月 日			
	傷病の原因およびその経過(詳しく具体的に)			□病気 □ケガ □不明 □その他()			
				□業務上、通勤途上 □第三者行為			
	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)						
	他の医療機関等での治療の有無		□なし □あり(令和 年 月 日頃) 医療機関名:				
振 込 口 座	□銀行		□本店		預金種別	□普通 □当座	
	□金庫		□支店		口座番号		
	□信組		□出張所		口座名義 (カタカナ)		
□その他							
公金受取口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します(利用する場合は☑、しない場合は振込口座を記入) ※口座情報の反映には登録から数日を要します						
下記の療養に要した費用を請求します。 エクセディ健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと、及び当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 千 エクセディ健康保険組合 理事長 殿 申 請 者 住 所 (被保険者) 氏 名 電話(日中の連絡先) - -							

施 術 者 記 入 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実日数																										
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日																										
	傷病名及び症状				請求区分		新規・継続																										
					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 4 (10人以上)			円 ×		回 =		円																										
温 罨 法 (加算)			円 ×		回 =		円																										
温罨法・電気光線器具(加算)			円 ×		回 =		円																										
変形性徒手矯正術(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1 ①		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2 ②	月																															
往療	訪問3 ③																																

○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		所在地(住所)			
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師 氏 名		電 話	
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
					令 年 月 日	
		傷 病 名		要加療期間		

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）の申請について

提出前にチェック

あんま・マッサージ療養費の申請に必要な書類

※この療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）に①と②～⑤を必要に応じて添付してください

提出された書類は返却できませんので、必要と思われる場合には、提出前に予めコピーをお取りください

施術月毎、施術所毎に申請が必要です

<input type="checkbox"/> ①領収書(原本) 必須	施術を受けた方の氏名、施術年月(日)、施術費用である旨記載されているもの
<input type="checkbox"/> ②医師の同意書(原本)	初回および長期の場合は6カ月毎に添付 施術期間が6カ月を過ぎた場合、再同意書(文書)交付が必要です 変形徒手矯正術については、1カ月(毎月添付が必要)です
<input type="checkbox"/> ③施術報告書(写し)	施術報告交付料を申請する場合、医師の同意書と併せてご提出ください
<input type="checkbox"/> ④施術継続理由・状態記入書	初療の日から1年以上経過し、施術回数が16回以上/月の場合は提出してください
<input type="checkbox"/> ⑤負傷原因届	負傷による傷病での申請の場合、初回申請時にご提出ください

②⑤はエクセディ健康保険組合ホームページ『届出・申請書一覧』よりダウンロード可

①③④は施術所より発行されるものをご提出ください

領収書貼付

- ・領収書は、こちらに貼付(テープでの貼付は避け、糊付け)してください
- ・該当の施術月分のみ、時系列順に貼付してください
- ・領収書は折りたたんだり、重ねたりせず、記載事項が確認できるように貼付してください
- ・領収書がA4サイズの場合、台紙への貼付不要(そのまま添付してください)
- ・台紙1枚に貼り切れない場合は、台紙をコピーし、数枚に分けてご利用ください