

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 〇 年 〇 月分

被保険者記入欄
被保険者等 記号・番号 | 被保険者氏名
健康 太郎
療養を受けた方の氏名 | 生年月日 | 続柄
健康 花子 | 〇 年 〇 月 〇 日 | 妻
発病又は負傷の原因 | 傷病名
脳梗塞 四肢麻痺
傷病の原因およびその経過(詳しく具体的に)
脳梗塞による四肢麻痺があり、可動域改善等のため医師より指示を受けた
他の医療機関等での治療の有無
〇なし 〇あり(令和 〇年 〇月 〇日頃)
医療機関名: 〇〇〇〇〇〇病院
振込口座 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇
入金口座 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇
入金口座 | 〇〇〇〇 | 〇〇〇

施術者(あんま・マッサージ師)記入欄
初療年月日 | 施術期間 | 実日数
傷病名及び症状 | 請求区分 | 新規・継続
同意部位 | 施術回数 | 摘要
施術者(あんま・マッサージ師)記入欄
被保険者は記入しないでください
※施術者が証明した内容と、実際に受けた施術内容に相違がないかご確認の上、ご申請ください
申請前に、『あんま・マッサージ療養費支給申請のてびき』と裏面をご確認ください

# 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) <b>必須</b>	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