

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

(R6.10月1日～)

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				(7がナ)				続柄				○業務上・外、第三者行為の有無																															
昭・平・令 年 月 日 生					男・女				1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他				(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				(軀幹)				(右上肢)				(左上肢)				(右下肢)				(左下肢)				摘 要 ・当該往療を必要とした理由： ・連携した医師の氏名： ・連携した保険医療機関名：															
	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 3 (10人以上)				円×				回＝				円																															
温電法(加算)				円×				回＝				円																																
温電法・電気光線器具(加算)				円×				回＝				円																																
変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可				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																																
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																																												
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	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給付金の受領を事業主に委任いたします。																住所 〒 -																											
	令和 年 月 日																申請者 (被保険者)				氏 名				電 話																			
コーセー健康保険組合 理事長 殿																																												
※ 給与でのお振込みができない方(退職者・任意継続被保険者)は下記にお振込先をご記入ください ※																																												
お振込先	金融機関名																銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所				預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																			
	口座名義 (カタカナで記入)																口座番号																											
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											

ご記入にあたっての注意事項(2項目)を必ずお読みください。

コーセー健康保険組合

令和6年10月版

< ご記入にあたっての注意事項 >

申請書はひと月（歴月）を単位として記入してください。

- ・二重線内（「施術内容欄」及び「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「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。

< 提出の流れ >

本人 → 事業所 → 健康保険組合

※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。

※任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合へ提出してください。

< 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）
- 1年以上・月16回以上施術継続理由書・状態記入書

【問い合わせ先】 コーセイ健康保険組合

TEL : 03-6892-5885