

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				年 月 日				年 月 日			
	(ワガナ)				続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )			
昭・平・令 年 月 日生				○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、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	
	令和 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続	
	傷病名および症状								転 帰	
									継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ (施術料)		同意部位 (躯幹)		(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 3 (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			
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		回=		円				

施 術 日	訪問1①	月	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	
通院	訪問2②																																	
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。		令和 年 月 日		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	
	住所		住所		住所		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ます。		令和 年 月 日		〒 -		被保険者 住 所	
	村田製作所健康保険組合理事長 御中		村田製作所健康保険組合理事長 御中		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>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。

<提出の流れ>本人 → 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。

<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・状態記入書