

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(年 月分) [あんま・マッサージ用]
被扶養者

近畿化粧品健康保険組合

提出日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号-番号 (右づめ)				被保険者 氏名		(フリガナ)				
					本申請書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。				㊞		
	療養を受けた者の 氏名・生年月日等		(フリガナ) 氏名		生年月日			年齢	被保険 者との 続柄		
	傷病名		発症又は負傷年月日 (療養開始日)			年 月 日					
	発症・負傷の 原因及び経過					第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい					
	診療を受けた 施術所の		名称	所在地		施術者の氏名		施術に要した費用の額 円			
	振込口座		金融機関		支店名		本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他()			
		銀行 金庫 農協		口座名義 カナで記入		口座 番号					

あ ん ま 師 ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	初療年月日		施 術 期 間			実日数	請求区分	転 帰	
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医	
	傷病名または症状						適 要 ※施術管理者以外が施術した場合に 記入		
	施 術 内 容	マ ッ サ ー ジ	躯 幹	円×	回=	円	施術者氏名		
			右上肢	円×	回=	円	施術日 年 月 日		
			左上肢	円×	回=	円			
			右下肢	円×	回=	円			
			左下肢	円×	回=	円			
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入			
	温 電 法	円×	回=	円	往療日 年 月 日				
温電法・電気光線器具	円×	回=	円	往療を必要とした理由					
往療料 4kmまで	円×	回=	円						
往療料 4km超	円×	回=	円						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円×	回=	円						
合 計					円				
施術日	通院○ 往療◎	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						
施 術 証 明 欄	保健所登録区分			上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 年 月 日					
	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地			住 所					
記 同 録 意	免許登録番号			電話番号 - -					
	あんまマッサージ指圧師			施術所名 施術管理者名 ㊞					
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間	
				年 月 日					

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。

委 任 欄	本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します。				被保険者(申請者)との関係 ()			
	年 月 日		住所 〒 -		住所 〒 -		代理人	
	申請者 氏名及び印 ㊞				電話番号 -		氏名及び印 ㊞	

- この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている主治医の同意書(医師の住所、氏名、病名等記載のもの)と、施術に要した費用の「領収書(原紙)」を添付してください。
- ※再同意の同意書は初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可。
- 施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。
- 該当する場合、往療状況確認表、1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書の添付が必要です。
- ◎同意した医師の診療報酬明細書を確認し、審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。

受付印

同 意 書 (あんま・マッサージ療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
病 名		
症 状 <small>(施術が必要な症状について具体的に記入ください。)</small>		
施術同意理由 <small>(施術による効果等の同意理由を具体的に記入ください。)</small>		
発病年月日	年	月 日
初診年月日	年	月 日
初回同意年月日	年	月 日
施術同意期間	年 月 日	～ 年 月 日
往療の必要性	必要とする ⇒ 必要としない	医療機関の受診方法が通院である場合は、往療を要する具体的理由ご記入ください。 []
上記の者については、頭書の疾病により、あんま・マッサージの施術が必要と認め、同意する。 同 意 日 年 月 日 保険医療機関名 _____ 所 在 地 _____ 保 險 医 _____ 印		

