

療養費支給申請書〔あんま・マッサージ用〕

令和 年 月 日
(令和 年 月診療分)

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号		被保険者氏名													
	自宅住所	〒										日中連絡可能な電話 () -				
	事業所名						職場									
	受療者氏名				続柄			受療者生年月日	S・H・R	年	月	日	年齢			
	傷病の原因及びその経過															
あんま・マッサージ・指圧師記入欄	初療年月日	H・R	年	月	日	施術期間	自：令和 年 月 日 ~ 至：令和 年 月 日									
	請求区分	新規 ・ 継続		転 帰		継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医					実日数	日間				
	傷病名 又は症状															
	施術内容欄	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円 ×	回 =	円	摘 要								
				右 上 肢	円 ×	回 =	円									
				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									
		温 罨 法		円 ×	回 =	円										
温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円 ×	回 =	円												
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	往療を必要とした理由、 施術に関する特記事項等 を記入してください。											
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														
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					
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. 施術所住所 2. 出張専門施術者住所地					
	免許登録番号		あんま・マッサージ・指圧師 所在地			施 術 所 名			氏 名			印				

健保使用欄	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	受付
	支給額	円				
	資格取得年月日	S・H・R 年 月 日				
	資格喪失年月日	S・H・R 年 月 日				

〈注意事項〉

・申請書は暦月単位として作成してください
・療養費(あんま・マッサージ)を支給決定する際には、保険医療機関の診療報酬明細書(レセプト)を確認させていただきます。診療報酬明細書(レセプト)は医療機関受診月から2ヵ月後に当組合に送られてきますが、場合によっては、更に数ヶ月遅れる場合がございます。したがって、支給決定までには3ヶ月～5ヶ月かかります。

〈添付書類〉

○施術に要した費用の領収書(原本)

○医師の同意書(初回、再同意の場合は原本、それ以外は写し)

※同意書の有効期限

- ①1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、5ヵ月後の月末まで。
 - ②16日～月末までに医師が同意書を作成した場合、6ヵ月後の月末まで。
- 有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。
但し、変形徒手矯正術は、1ヵ月毎に同意書が必要です。

○施術報告書(写し)

※施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者よりうけた「施術報告書(写し)」を添付してください。

○1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(あんま・マッサージ用)(原本)

※初療の日から1年以上経過している患者であって、かつ1月の施術を受けた回数が16回以上の場合は、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(あんま・マッサージ用)を添付してください。

○往療状況確認表(原本)

※往療にて施術を受けられている方は、医師の往療が必要であるという同意と、往療状況確認表(往療の起点や施術場所等の記載のあるもの)が必要です。