

療養費支給申請書[あんま・マッサージ用]

(令和 年 月診療分)

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号	被保険者氏名		日中連絡可能な電話 () -																												
	照会等の同意	私は、本療養費の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、医療機関等の関係機関、又は他の関係する保険者等に必要 情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 年 月 日 被保険者氏名																														
	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																											
	受療者住所	施術した 場所	1. 施術所 2. 自宅 3. その他 ()																													
	傷病名	傷病の原因 及びその経過																														
	業務上の負傷ですか	はい ・ いいえ	通勤・退勤時の負傷ですか	はい ・ いいえ	交通事故による負傷ですか	はい ・ いいえ																										
あんま・マッ サー ジ・ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	自：令和 年 月 日 ～ 至：令和 年 月 日		実日数	日間																									
	傷病名 及び症状					転帰 継続・治癒・中止・転医	請求区分 新規・継続																									
	施術内容欄	施術料	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																						
			施術回数	回	回	回	回	回	回																							
			通所	円 ×		回 =	円																									
			(月16回以降の施術に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																									
			訪問施術料 1	円 ×		回 =	円																									
			(月16回以降の施術に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																									
			訪問施術料 2	円 ×		回 =	円																									
			(月16回以降の施術に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																									
			訪問施術料 3 (3～9人)	円 ×		回 =	円																									
			(月16回以降の施術に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																									
			訪問施術料 4 (10～19人)	円 ×		回 =	円																									
			(月16回以降の施術に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																									
			訪問施術料 5 (20人以上)	円 ×		回 =	円																									
			(月16回以降の施術に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																									
	温電法(加算)	円 ×		回 =	円																											
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																											
	温電法・電気光線器具(加算)	円 ×		回 =	円																											
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		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																												
(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)	円 ×		回 =	円																												
(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)	円 × 0.5 ×		回 =	円																												
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)	円 ×		回 =	円																												
明細書発行加算	円 ×		回 =	円																												
費 用 額 計				円																												
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減減対象)【該当の場合○】				減減後合計額 円																												
施術日	訪問1(1)訪問2(2) 通院3(3)訪問4(4) 往療5(5)	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
往療または訪問の理由	1. 独歩により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 ()																															
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所		同意 年 月 日		傷病名		要加療期間																								
				令和 年 月 日																												
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日		保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 所在地 施術所名 氏 名 電話番号																													

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。

○訪問施術総括表(原本)

※訪問施術料4又は5の申請がある場合のみ、訪問施術総括表の添付が必要です。