

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																		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 </div>																																						
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 <div style="text-align: right;">年 月 日生</div> </div> <div style="width: 10%;"> 続 柄 男・女 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 () </div> <div style="width: 60%;"> ○業務上・外、第三者行為の有無 ※その他はカッコ内記入 1. 業務上 2. 第三者行為である 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） </div> </div>																																						
											下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。 円 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 申請者 住 所 </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(被保険者)</div>																												
NTPグループ健康保険組合										殿										氏 名										電話									

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・ 年 月 日～至・ 年 月 日										日					新 規・継 続														
	傷病名及び傷病																									転 帰														
																										継続・治癒・中止・転医														
	施 術 料	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（3～9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・電機光線器具（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																						
円× 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 月分）										円× 回＝ 円																														
合 計										円																														
施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③										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				
	施 術 所															〒					所在地									
	年 月 日																				名 称									
	登録記号番号																				氏 名					電話				
															施 術 管 理 者															

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									
																					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。
- ・「**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。

■ 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。

＜その他の添付書類(該当する場合)＞

- ☐ 医師の同意書(原本) ☐ 施術報告書(写し) ☐ 往療状況確認表 ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書