健康保険 被保険者 被扶養者 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	記号	番号	所属事業所及び部署名	
					電話（内線）
	被保険者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		被保険者生年月日	昭和 平成　年　月　日
	住所 電話番号等（日中の連絡先）	〒			
		電話		メールアドレス	
	療養を受けた者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	施術場所	（施設に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合記載）			
	発症又は負傷年月日	年　月　日		発症又は負傷の原因及びその経過	
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ　・　はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ　・　はい
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

※未記入の場合は給与の第一口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード								支店コード				
	金融機関名称	銀行/信用金庫							本店/支店				
	預金種別	普通	口座番号								口座名義（カタカナ）		
	※ 被保険者以外の口座に振込を希望する場合は下記もご記入ください。 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日												
	被保険者氏名（申請者）								代理人氏名（実際に給付を受領する者）				

■添付書類

1. 医師の施術同意書（6ヶ月ごと）原本　　2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

備考	訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入の上、訂正部分には各記入者がサインまたは訂正印を押印してください。 給付金の支給決定にあたり、追加書類のご提出をお願いする場合がございます。

キオクシア健康保険組合

■施術担当者に証明をもらってください。

（　　年　　月分）

施術内容欄

被保険者証等の記号番号	記号	番号	療養を受けた者の氏名	

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（　）　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続
傷病名及び症状			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）
	施術回数	回	回	回	回	回

通所	円×	回＝	円	摘要
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	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%逓減）	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%逓減）	円×0.5×	回＝	円	
訪問施術料　3（3人～9人）	円×	回＝	円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円	
訪問施術料　4（10人～19人）	円×	回＝	円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	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%逓減）	円×0.5×	回＝	円	
温　罨　法（加 算）	円×	回＝	円	
（月16回以降の施術における加算に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円	
温罨法・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%逓減）	円×0.5×	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
	円×	回＝	円		
（月16回以降の施術における加算に係る50%逓減）	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　月分）	円×	回＝	円
明　細　書　発　行　加　算	円×	回＝	円
合計			円
※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】		逓減後合計額	円

施術日	訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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（　　））

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

免許登録番号

あん摩
マッサージ指圧師

氏　名

電話

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		

キオクシア健康保険組合