

極秘

療養費支給申請書（本人・家族）

令和 年 月分
(あんま・マッサージ用)

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

①被保険者証の記号と番号		②事業所の名称	
③被保険者の氏名		④被保険者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日 (歳)
⑤被保険者の住所	〒 TEL ()		
⑥療養を受けた者の氏名・続柄	被保険者との続柄 ()	⑦療養を受けた者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日 (歳)
⑧傷病名		⑩発病又は負傷原因及びその経過	
⑨発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日		
⑪業務上の負傷ですか	はい ・ いいえ	⑫第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ
⑬振込先指定口座	金融機関コード	店番号	預金種別 普通・当座 口座番号
	銀行	支店	口座名義(カナ)
<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(受取代理人を指定する場合は利用できません。)			
受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。		
	被保険者(請求者)の氏名と印	令和 年 月 日	代理人住所 代理人氏名と印 代理人連絡先 電話 ()
備考欄			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
	平・令 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・治療・中止・転医		
	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			
		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・電気光線器具(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					
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	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					
通所○ 訪問2②							
往療◎ 訪問3③	月						
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			
	令和 年 月 日	あん摩 住所 マッサージ 氏名 (印) Tel () 指圧師					
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		
			令和 年 月 日				

【添付書類】 「施術に要した費用の領収書」原本
「医師の同意書」原本 (初回及び6か月ごと)

社会保険労務士記載欄