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
	記号　　番号	年　月　日	
	療養を受けた者の氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
			（ 1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　））
	昭・平・令　年　月　日生		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

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・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		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
	マッサージ（施術料）	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人～9人）	円×	回＝	円				
	訪問施術料　3（10人以上）	円×	回＝	円				
	温　罨　法（加　算）	円×	回＝	円				
	温罨法・電気光線器具（加　算）	円×	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				
	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 / 通所○ 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
訪問1①　訪問2②　訪問3③																																

○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（　　））

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	〒　－	
		住　所	
	免許登録番号　あん摩マッサージ指圧師		
		氏　名	電話

申請欄	上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。	〒　－
	令和　年　月　日	住所
	日研グループ健康保険組合　理事長　殿　　申請者（被保険者）	氏名　電話

支払機関欄	預金の種類	金融機関名		
	1．普通		銀行　金庫　信組	本店
			農協　漁協	支店
			その他（　　）	出張所
	口座名義カタカナで記入		口座番号	

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		

＜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。
・「申請欄」および「支払機関欄」は申請の都度、被保険者様ご自身でご記入頂き、被保険者様の口座を記入してください。
・「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。
・療養費の対象となる施術か申請の都度審査を行うため支給決定までに時間を要します。支給決定後に被保険者様宛に支給決定通知を発送いたします。

＜必須添付書類＞
□施術に要した費用の領収書（原本）

＜その他添付書類（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