

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																													
	—		年 月 日																															
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																													
男・女				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																										
	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・治癒・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人～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		回=		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																																
○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。		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																											
	免許登録番号		あんまマッサージ指圧師		住 所		氏 名																											
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		申請者 (被保険者)		住 所																											
	東京都歯科健康保険組合理事長 殿				氏 名		電 話																											
振 込 先 指 定 口 座	①公金受取口座		<input type="checkbox"/> 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。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)		金融機関名		銀行 本店																											
	②支払区分		振 込		預金の種類		金庫 支店																											
					1. 普通		農協 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																											
					令和 年 月 日																													
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日		申請者 住所		代理人 住所																												
		(被保険者) 氏名		氏名		氏名																												
		住所		住所		住所																												
		氏名		氏名		氏名																												

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。