

療養費支給申請書

(令和 年 月分)

(あんま・マッサージ用)

被保険者欄	○被保険者の記号番号								○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																							
	令和 年 月 日																																							
	(フリガナ)								続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無 ※その他はカッコ内記入																											
	療養を受けた者の氏名								男・女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																							
																	○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																							
昭・平・令 年 月 日生																																								

施術内容欄	初療年月日								施 術 期 間																実日数				請 求 区 分					
	令和 年 月 日								自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日																日				新 規・継 続					
	傷病名及び傷病																								転 帰									
																									継続・治癒・中止・転医									
	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																	
									温罨法（加算）								円× 回＝ 円																	
									温罨法・電機光線器具（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		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																所在地											
	登録記号番号																名 称											
	施術管理者																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																申請者				住 所											
DM三井製糖グループ健康保険組合 理事長 殿																氏 名				電 話												

支払機関欄	支払区分								預金の種類								金融機関名																									
	1. 事業所経由				2. 銀行送金				1. 普通				2. 当座				銀行								本店																	
	3. 郵便局送金				4. 当地払				3. 通知				4. 別段				金庫								支店																	
	5. 公金受取口座利用																農協								出張所																	
口座名義 カタカナで記入																口座番号											郵便局															

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																			

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。

申請者 (被保険者)	住 所
	氏 名
代理人	住 所
	氏 名

<記入にあたっての注意事項>

◆保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

- ・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。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

※原則、在職中の方は、「1.事業所経由」を選択してください。利用しない人は銀行名等詳細記入してください。
公金受取口座への支給については都度確認の必要があり、支給までに時間を要する場合があります。

- ・「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。

<提出の流れ>

本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接、健康保険組合へ提出してください）
※当該申請書を提出の際には、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。

<給付金に関する受領について>

在籍者は、原則事業主に委任となりますので、代理人欄には、事業主の住所・事業所名称を記入して下さい。
未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

<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