

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (○年 ○月分) (あんま・マッサージ償還)

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		
	99 ー 999			○年 ○月 ○日					
	療 受 け た の 氏 名	(フリガナ) ケンボ タロウ			続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無			
		健保 太郎 男・女			本人	(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・ 年 月 日～至・ 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 施術回数		(軀幹) 回		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 回		摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入																		
		通所						円×				回＝				円		施術者氏名																		
		訪問施術料 1						円×				回＝				円		施術日 . . . 日																		
		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 施術回数		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 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																						
一部負担金（1割・2割・3割）														円																						
請 求 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. 独居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居による外出困難 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。															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																
年 月 日															〒 -																					
免許登録番号															住所																					
あん摩マッサージ指圧師															氏名					電話																

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
			年 月 日		

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。			
	○年 ○月 ○日			〒640-8331 和歌山市美園町 5-1-1
	和歌山県農協健康保険組合理事長 殿	被保険者 (請求者)	住 所	
		氏 名	健保 太郎	☑ 電話 073-436-0502

上記金額の受領方を 事業主 氏名 〇〇農業協同組合 に委任します。

資格喪失者や任意継続被保険者は振込先をご記入ください。

被保険者の氏名及び印 健保 太郎 印

在職中の場合は、事業所受領委任払いとなりますので、署名と押印をお願いします。

※資格喪失後の被保険者（本人）が直接受領するときは、振込先 J A 名を記入してください。

振込先 J A 名	J A	(カナ)
	支店・支所	口座名義
	預金種別 普通・当座・その他 ()	口座番号

※記入にあたっては、裏面の注意事項をご確認ください。

和歌山県農協健康保険組合

<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。
- ・この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている主治医の**同意書原本**（医師の住所、氏名、病名等記載のもの）と、施術に要した費用の**領収書原本**（受領者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き（例：はり・きゅう施術代）の記載が必要）を添付してください。
- ・再同意書は、初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあつては省略可。
- ・同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。したがって、支給時期は施術月から数カ月後となります。
- ・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。
- ・「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。

<その他添付書類（該当する場合）>

☐ 施術報告書（写し） ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書