

健保組合 処理欄	支払年月日 (記入例) 支給額	承認	審査	審査	起案
	支払区分 7割・8割・9割	(内訳)	資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日

小島健康保険組合 御中

【表】

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書兼同意書 (あん摩・マッサージ・指圧用) (令和 1年 5月分) 第 1 回目

被保険者 記入欄	被保険者証 記号・番号	受療者氏名	続柄	生年月日
	10-99999	健康 花子	妻	昭和55年12月31日
	発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか?	
	令和 1年 5月 5日	脳出血による筋肉麻痺	<input type="checkbox"/> はい →「第三者による傷病届」を提出 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
傷病の原因及びその経過(いつ・どこで・どのようにして発生したのか記入)			施術に要した費用	
5月初旬、脳出血で右半身が自由に動かなくなつた。 脳外科主治医からマッサージの治療を勧められて通院中。			58,500円	
本紙(または添付)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。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。また、小島健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。				
令和 1年 6月 5日		住所	豊田市〇〇〇	
		被保険者氏名 (請求者氏名)	小島 太郎	
【※資格喪失後のみ記入。】資格喪失後に請求する場合は、振込先を記入して下さい。				
バンク 銀行 〇〇 支店		口座種別	普通 当座	口座番号 99999
		口座名義 (カナ)	コジマ タロウ	

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(症状)					転帰																									
					継続・治癒・中止・転医																									
施術内容・証明欄(施術者記入)					摘要																									
マッサージ	円 ×	回 =	円																											
変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円																										
温罨法	円 ×	回 =	円																											
温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円																											
往療 往療 4kmまで	円 ×	回 =	円																											
往療 往療 4km超	円 ×	回 =	円																											
合計				円																										
施術日: 通院○ 往療◎ (月 施術分)																														
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
上記の通り施術を行い、費用を徴収しました。																														
年 月 日 所在地																														
あん摩・マッサージ・指圧師 免許番号 施術所名																														
() 氏名 電話																														
同意医師の氏名 同意医師の住所 同意年月日 傷病名 要加療期間																														
再同意医師の氏名 同意医師の住所 同意年月日 傷病名 要加療期間																														
平・令 年 月 日																														
平・令 年 月 日																														

施術者記入欄

あん摩師・マッサージ師
指圧師に記載を
依頼してください。

事業主記入欄	委任を受けた給付金の受領は、小島健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 受領 事業主 所在地 事業主 氏名 事業主名
--------	---

【提出の流れ】本人 → 会社総務 → 健保 (任意継続者は直接健保へ) 備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】①医師の同意書(原本)※ ②施術に要した費用の領収証(原本)

※『①医師の同意書』は初回と6ヶ月毎に添付が必要となります。(有効期間:6ヶ月)

2回目以降の申請において再度『同意書』の添付は不要ですが、申請書内の『※同意記録』の記載が必要となります。

継続理由・状態記入書(継続1年以上・月16回以上施術の場合記入)		(あん摩・マッサージ・指圧用)	
		(年 月 分)	
患者	氏名		
	生年月日	年	月 日
傷病名			
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()		
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術		
施術部位	1. 頸部 2. 右 upper limb 3. 左 upper limb 4. 右 lower limb 5. 左 lower limb		
初療年月日	年 月 日		
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)		
患者の状態の評価		評価日	平成・令和 年 月 日
基本動作	寝返り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	1年以上継続施術する場合や、 1ヶ月に16回以上施術を 受けた場合は、 あん摩師・マッサージ師・ 指圧師に 記載を依頼してください。
	起き上がり	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
	座位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
	立ち上がり	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
	立位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
前月の評価の有無	1. 有り 2. 無し		
前月の状態からの改善や変化(前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)			
1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大			
(症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術が必要な理由)			
上記のとおり報告します。			
年 月 日			
あん摩マッサージ指圧師氏名 _____			