（秘密）

健保記入欄			
	療養費金額	円	支給金額
	自己負担額	円	円
	健保負担額	円	

担当	事務長	常務理事

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（　年　月分）（あんま・マッサージ用）

令和　年　月　日　提出

被保険者記入欄				
○被保険者証 記号・番号		○発病又は負傷年月日	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
記号	番号	年　月　日		
○被保険者氏名	印 ＊自署の場合は押印不要	○続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過	
		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他（　）		
○施術を受けた者の氏名	男・女		○業務上・外、第三者行為の有無、以下に○をつける	
	昭・平・令　年　月　日生		1. 業務上　2. 第三者行為である　3. その他	

あんま・マッサージ師記入欄

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
	傷病名又は症状			転帰
				継続・治癒・中止・転医
	マッサージ	躯幹　円×　回＝　円		摘要
		右上肢　円×　回＝　円		※施術管理者以外が施術した場合記入
		左上肢　円×　回＝　円		
		右下肢　円×　回＝　円		施術者氏名
		左下肢　円×　回＝　円		
	温罨法（加算）	円×　回＝　円		施術日
	温罨法・電気光線器具（加算）	円×　回＝　円		．　．　．　日
	変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	右上肢　円×　回＝　円		
		左上肢　円×　回＝　円		※往療を必要とした場合記入
		右下肢　円×　回＝　円		
		左下肢　円×　回＝　円		往療日
	往療料　4kmまで	円×　回＝　円		．　．　．　日
	往療料　4km超	円×　回＝　円		往療を必要とした理由
	施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）	円×　回＝　円		
	合計	円		
	施術日 通院○ 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		

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	
あんま・マッサージ指圧師	施術所名	
施術者登録番号	施術者名	印
	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
			令和　年　月　日		

[注意事項]
1. 発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。
2. 退職後の保険加入の方は、保険料の振替口座への入金されます

[添付書類]
1. 治療（施術）費の領収書（原本）：「全額自己負担額の記載」「患者氏名」「施術年月日」「領収印」の記載があるもの。
2. 医師の同意書（原本）：初回受診時および初療の日から6か月を経過してさらに施術をうける場合必要。変形徒手矯正術の場合は、毎月必要。
ただし、同意書の6か月の有効期限内の再申請時は申請書の「同意記録」に当該期間の同意書の内容の転記があれば省略可。
3.施術報告書（写）：施術報告書交付料の請求がある時は、施術者からコピーをうけとり添付。
4.往療状況確認書（原本）：往療料の請求がある時は、施術者が記入した確認書を添付。
5.1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（はり・きゅう用）（原本）：初診の日から1年以上経過し、かつ1月間の施術を受けた回数が16回以上に該当する方は、施術者の必要事項の記入をうけ添付。

R5.4更新

オムロン健康保険組合