

支給決定	常務理事	事務長	担当	支給金額							円
	決定日	令和 年 月 日									
受付日	令和 年 月 日			支給日	令和 年 月 日						

様式27

記入例

療養費支給申請書（ 〇 年 〇 月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	〇被保険者資格の記号番号			〇発病又は負傷年月日			〇医師の同意を受けた傷病名 発症又は負傷の原因及びその経過																											
	1 — 123456			〇年 〇月 〇日			脳出血後遺症 筋麻痺																											
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ) ホクデン タロウ			続柄			〇業務上・外、第三者行為の有無																										
		北電 太郎			本人			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他))																										
〇男・平・令 〇年 〇月 〇日生						〇施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の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・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 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																							
		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)			円× 回＝ 円																													
	温 電 法 (加 算)			円× 回＝ 円																														
	温電法・電機光線器具 (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																														
明 細 書 発 行 加 算			円× 回＝ 円																															
合 計			円																															
施術日			訪問1 〇	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
通所〇 訪問2 〇																																		
往療〇 訪問3 〇																																		
〇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			〒 ー			住 所																											
	免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師			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。			〒〇〇〇 ー 〇〇〇〇																														
	令和 〇年 〇月 〇日			住所			〇〇市〇〇町〇丁目〇番地																											
	北陸電力健康保険組合理事長 殿			被保険者 (請求者)			氏名 北電 太郎			電話 〇〇〇-〇〇〇〇																								
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																					
	〇〇病院 〇〇 〇〇			〇〇市〇〇町〇丁目〇番地			令和 〇年 〇月 〇日			脳出血後遺症 筋麻痺			3ヶ月																					

<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。
- ・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。

<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。

<その他添付書類（該当する場合）>

☐医師の同意書（原本） ☐施術報告書（写し） ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書