

療養費請求書(あんま・マッサージ)

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被 保 険 者 の 氏 名 保 険 証 の 記 号 番 号	記号	番号	氏 名													
被 保 険 者 の 連 絡 先 (自 宅 住 所)	〒 ー														Tel ()	
被 保 険 者 の 勤 務 する 事 業 所 名																
療 養 が 被 扶 養 者 に 関 する と き は 、 そ の 者 の	氏 名					生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日				被 保 険 者 と の 続 柄					
傷 病 名											発病又は負傷年月日					
											平成・令和 年 月 日					
発 病 又 は 負 傷 の 原 因 お よ び そ の 経 過											業務上・外、第三者行為の有無					
											1.業務上 2.第三者行為 3.その他					
被 保 険 者 の 先 振 込 (ゆうちょ銀行除く)	☐ 銀 行 ☐ 信用金庫 ☐ 労働金庫 ☐ 農 協 ☐ 支 店 ☐ 営業所 ☐ 出張所															
☐ 座 種 別 ・ 番 号 ☐ 座 名 ☐ 義	☐ 普通(総合) ☐ 貯蓄 ☐ 当座									被保険者口座名義(カタカナで記入してください)						

あ ん ま ま ・ 施 術 内 容 欄 サ ー ジ 師 記 入 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 内 容 欄	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																						
										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	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			
通所○	訪問2②																																			
往療◎	訪問3③																																			
○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															
	令和 年 月 日																〒																			
	登録記号番号																施術所所在地				施術管理者 氏 名 電話															
同 意 記 録 欄	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																					

【申請ルート】申請書 → 人事担当部署 → 健保組合

健保受付印

＜注意事項＞

【被保険者の方へ】

- ①領収証(原本) を添付してください。 ※受診者名および領収印が明記されているもの
- ②初診月は医療機関の主治医に記載してもらった同意書(原本)を添付、再同意(6カ月後)の際も改めて同意書(原本)の添付が必要となります。
- ③施術内容欄に「施術報告書交付料」の記載がある場合は、施術師により記入された「施術報告書」コピーを添付してください。
- ④傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は労災保険の対象となるため、健康保険組合への請求はできません。事業所の担当者にご連絡ください。
- ⑤傷病原因が第三者によるものである場合、「第三者の行為による傷病届」が必要です。健康保険組合にご連絡ください。

【あんま・マッサージ師の方へ】

- ①やむを得ない理由で傷病を診断した医師以外が同意する場合は、その理由を摘要欄に記載してください。
- ②医療機関での同一疾病に対する治療(湿布薬や痛み止め等を含む)、柔道整復師や鍼灸との併給はできません。
- ③1年以上・月 16 回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状態理由書」の記入をお願いします。
- ④往療がある場合は、往療料の計算が分かる明細(往療内訳表)の添付と、往療を必要とする理由を摘要欄に記載してください。
- ⑤「施術報告書交付料」を請求する場合には、「施術報告書」のコピーを添付してください。