

※令和6年10月施術分以降

被保険者 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用) (令和 年 月分)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証 記号番号	記号 番号	被保険者 (申請者) 氏名 生年月日	※自署してください 昭和・平成 年 月 日	
	③ 被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 () TEL ()			
	④ 事業所名称				
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。				
	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	⑥ 傷病名				
	⑦ 発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日			
	⑧ 発病または負傷の原因 およびその経過				
	⑨ 第三者による ものですか	はい・いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を 提出してください。	⑩ 業務中に発生 したものですか	はい・いいえ	
	⑪ 施術を受けた 施術所	名称			
		所在地			
	⑫ 被保険者 同意欄	療養を受けた医療機関等に愛知県情報サービス産業健康保険組合が文書等により当申請内容を 照会することに同意します。			
被保険者氏名					
※ 同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。					
委任状	この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。 令和 年 月 日				
	被保険者氏名 _____ ※自署してください				
	委任された者の 事業所所在地 _____				
	事業所名称 _____ 代表者氏名 _____				

※被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)

公金受取口座 マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)

銀行等名称	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
銀行	本店	1.普通	
信金	支店	2.当座	

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

【注意事項】 ※申請書は1ヵ月単位(暦日1日～31日)で記入してください。

※支給決定まで時間がかかる場合があります。 愛知県情報サービス産業健康保険組合

(令和6年10月1日 改)

施術内容証明書 (あん摩・マッサージ・指圧用) (令和 年 月分)

被保険者証 記号番号	記号	受療者氏名		(フリガナ)	続柄																												
	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年月日																													
発病又は 負傷年月日	年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																															
○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())																															
○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																																	
あん摩・ マッサージ・ 指圧師記入欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																												
	年月日	年月日～年月日		日	新規・継続																												
	傷病名及び症状																																
	マッサージ(施術料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
		施術回数	回	回	回	回	回																										
	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(3~9人)	円×		回=	円																												
	訪問施術料3(10人以上)	円×		回=	円																												
	温罨法(加算)	円×		回=	円																												
	温罨法・電気光線器具(加算)	円×		回=	円																												
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
		施術回数	回	回	回	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	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())																																	
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		施設の所在地		名称																													
あん摩 マッサージ 指圧師		名称		氏名																													
		TEL																															
あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号()																																	
同意記録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間																												
			年月日																														
同意記録	再同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間																												
			年月日																														

【添付書類】 ●領収書(原本)
1日単位でも1ヵ月単位でも構いませんが請求されるすべての日数分を添付

●医師の施術同意書(原本)
・初療の場合は必ず添付
・初療の日から6ヵ月を経過後も治療を受ける必要があるときは医師の再同意書を添付
・変形徒手矯正術の場合は1ヵ月毎に添付

●施術報告書(写し)
施術報告書を交付された場合

●1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(原本)
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を交付された場合