

療養費支給申請書

(令和 年 月分)

(あんま・マッサージ 償還払用)

被 保 険 者 欄	区 分	記 号	番 号(右詰め)				被 保 険 者				事業所・所属・連絡先				
	一 般						氏 名				事業所名				
	任意継続	9 0 0 0									所属名				
	特例退職	9 5 0 0					生年月日	昭 ・ 平 年 月 日生	連絡先	- -					
療 養 を 受 け た 者		(フリガナ)				性 別	男 ・ 女		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生			続 柄		
傷 病 名								発病又は負傷の年月日				年 月 日			
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.第三者行為である 3.その他 ()						施術した場所		(人居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)					
申 請 欄	下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。(なお、療養費の振込先は農中健保へ届出ている口座とします。)														
	令和 年 月 日														
	農林中央金庫健康保険組合理事長 殿 申 請 者 住 所 〒 (被 保 険 者) 氏 名 氏 名														
※ ☐ 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)															
事業主への受領委任 (特例・任継の方は記入不要)				本請求に基づく給付金の受領を事業主 (会社名をご記入ください、支店名は不要) に委任します。 被保険者名											

被保険者の記号・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。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【あんまマッサージ指圧師記入欄】

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		平 ・ 令 年 月 日				施術期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				実 日 数 日間																			
	傷病名及び症状								請求区分		新規 ・ 継続																					
									転 帰		継続・治療・中止・転医																					
	施 術 内 料	マッサージ		同意部位	軀 幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘 要																						
				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人～9人)		円 × 回 = 円																												
		訪問施術料 3 (10人以上)		円 × 回 = 円																												
		温 庵 法 (加算)		円 × 回 = 円																												
		温庵法・電気光線器具 (加算)		円 × 回 = 円																												
		変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算) ※温庵法との併施は不可		同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢																								
	施術回数			回	回	回	回																									
	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																														
費 用 額 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		月																														
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 ☐ 施術所所在地 ☐ 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免許登録番号						施 術 所 名 氏 名 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																									

(健康保険組合使用欄)

支給・支払何

支 給 額	法 定						円
	付 加						円
	計						円

受付日		決定日		処理日		常務理事		事務長		係	
-----	--	-----	--	-----	--	------	--	-----	--	---	--