

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事			担当者
支払年月日	令和 年 月 日				
支払金額					円
資格取得	平・令 年 月 日	扶養取得	平・令 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日	扶養喪失	令和 年 月 日		

N I P P O健康保険組合

年 月分

健康保険

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書A

あんま・マッサージ
はり・きゅう 用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ		
	受療者 氏名	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	傷病名				被保険者との続柄		
	傷病の経過				発病または 負傷した日	令和 年 月 日	
	施術を受けた 施術所	名称				施術者名	
		所在地					
	施術の期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	施術に要した 費用		円	第三者行為の有無	無 ・ 有		
	委任状	私は本件請求に係る療養費の受領を下記代理人に委任します					
		令和 年 月 日 被保険者 氏名					
		会 社 記 入 欄	代理人住所				
			代理人氏名				

- <添付書類> ① 受診者名が記載された領収書原本
② 医師による同意書原本(初回と6か月ごと)
③ 往療内訳表(往療料を請求する場合)
④ 施術報告書の写し(交付料を請求する場合)
⑤ 施術継続理由・状態記入書(初療日から1年以上経過し、
かつ1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方)
※ 毎月ごとに申請書を作成してください

受付日付印

療養費支給申請書B (あんま・マッサージ用)

○被保険者等記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																													
年 月 日										年 月 日																																							
療養を受けた者の氏名										(フリガナ)										○業務上・外、第三者行為の有無																													
										男・女										(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																													
										明・大・昭・平・令 年 月 日生										○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																													
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																													
施術者記入欄										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)										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 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 (右上肢) (左上肢) (右下肢) (左下肢)																													
施術回数																				回 回 回 回																													
円× 回＝ 円										円× 回＝ 円										円× 回＝ 円																													
特別地域 (加算)										円× 回＝ 円										円× 回＝ 円																													
往 療 料										円× 回＝ 円										円× 回＝ 円																													
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)										円× 回＝ 円										円× 回＝ 円																													
合 計										円										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										月																													
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															〒					住 所																													
免許登録番号															あん摩マッサージ指圧師					氏 名										電 話																			
同意医師の氏名										住 所										同 意 年 月 日										傷 病 名										要 加 療 期 間									
同意記録																				令和 年 月 日																													

- 1 施術内容欄は保険分のみ記入をしてください。
- 2 往療料が発生する場合は「往療内訳表」をご提出ください。
- 3 施術報告書交付料を請求する場合は「施術報告書」の写しをご提出ください。
- 4 初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。