

被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書

(あんま・マッサージ・指圧用)

(令和 年 月施術分)

医師の同意を得て、あんま・マッサージ・指圧の施術を受けたときに提出してください。

| | | | | |
|---------------------------------|---|----|---|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 資格情報 記号 - 番号 | | 電話番号 | |
| | - | | 電話番号は日中連絡可能な連絡先 | |
| | 被保険者 氏名 | | | |
| | 受療者 氏名 | | | |
| | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | 発症・負傷年月日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 傷病名 | | 傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください | |
| | 第三者行為等による傷病ですか？ | | 業務上による傷病ですか？ | 施術に要した費用 |
| | <input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ | | <input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合までお問合せください <input type="checkbox"/> いいえ | ※領収書の合計金額 (月単位) 円 |
| | 被保険者名義の振込先 | | | |

給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です
(但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みます)

| 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|---|-------|-------|---|-------|----|--|
| | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | 日 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | |
| 傷病名 (症状) | | | 転帰 | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 | | | | | | |
| 施 術 内 容 ・ 証 明 欄 | 施 術 料 | マッサージ (施術料) | 同意部位 (躯幹) | (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 | (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 令和 年 月分) | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | |
| 合計 | | | | 円 | | | | | |
| 施 術 者 記 入 | 施術日: 通院○ 往療○ | | (月施術分) | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| | 上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 | | 電話 | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 所在地 | | | | | | | | |
| | あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名 | | | | | | | | |
| | () 氏 名 | | | | | | | | |
| 同 意 記 録 | 同意医師の氏名 | 同意医師の住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 再同意医師の氏名 | 同意医師の住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | |

《提出先》本人記入 → 施術所記入 → 本人 → トヨタ車体健康保険組合

【支払】 原則、各月 15日到着分を当月末に支払、または 月末到着分を翌 15日に支払
(5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります)

【添付書類】 ・医師の同意書 (原本) ・施術に要した費用の領収証 (原本) ・施術証明書が交付された場合は添付

【注意事項】 ※1 初回申請時は必ず医師の同意書(原本)を添付してください。

※2 継続して申請される場合は、再同意の有効期間にご注意ください。(有効期限6ヶ月)

※3 新たに医師の同意証明書が発行された場合は必ず添付(原本)してください。

2024年12月改定