

健保 使用欄	支 給 額
	円

常務 理事		事務 長					係	

療 養 費 支 給 申 請 書（あんま・マッサージ用）（ 年 月分）

被 保 險 者 記 入 欄	療養を受けた者	記号・番号	32 ー	発病又は負傷の年月日	年 月 日	
		氏 名		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）		
		生年月日	年 月 日	第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	
		続 柄	本人 ・ 家族（ ）	施術に要した費用の額	円	
		発症又は負傷の原因およびその経過				
	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。					
	年 月 日		被保険者 事業所名			
	北海道新聞社健康保険組合理事長 殿		（申請者） 氏名	®		
	振 込 先	銀 行 名		支 店 名	支店	
		口座番号		預金種別	普通 ・ 当座	
口座名義 （被保険者名）		(フリガナ)				
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
				年 月 日		

施 術 者 （あんま・マッサージ） 記 入 欄	施 術 内 容 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	
		傷病名又は症状					
		マッサージ	軀 幹	円 × 回 =	円	転 帰	
			右上肢	円 × 回 =	円	継続・治癒・中止・転医 摘 要	
			左上肢	円 × 回 =	円		
			右下肢	円 × 回 =	円		
			左下肢	円 × 回 =	円		
		変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 =	円		
		温 電 法		円 × 回 =	円		
		温電法・電気光線器具		円 × 回 =	円		
		往 療 料	4kmまで	円 × 回 =	円		
			4km超	円 × 回 =	円		
		施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円 × 回 =	円		
		費 用 額 計		円			
		施術日 通院○ 往療○	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			
		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	
		年 月 日			所在地		
あん摩マッサージ指圧師			施術所名				
免許登録番号			® 電話				

《添付書類》

1. 領収書（原本）
2. 医師の同意書（原本） ※口頭同意・無診察同意不可
※継続受診中の2ヵ月目以降は、同意記録欄に記入する または 同意書のコピーを添付すること
3. 往療記録（往療を受けた場合のみ）

受付日付印

往 療 状 況 確 認 表

月分 施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所： ※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ ）施設種別（ ）

日	同一日・ 同一建物 記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

〈往療を必要とする理由〉

1. 独歩による公共交通機関等を使つての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他（ ）

〈介護保険の要介護度〉（ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ）分かれば記載下さい

〈医療機関等への受診方法についてお知らせください〉

1. 独歩
 2. 往診
 3. 車椅子等（ ）
- 付き添い（ ア. 有り イ. 無し）

注・施設種別とは特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、ショートステイなど
 ・同上的場合は、「同上」や「リ」との記載で差し支えない。
 ・同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であつて、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
 ・往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
 ・個人情報の取り扱いには、十分注意すること。