

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	記号・番号	32 -	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
			年 月 日	要加療期間

施 術 者 (あんま・マッサージ) 内 容 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	
	傷病名又は症状					
	マッサージ	躯幹	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=	
	温罨法		円×	回=	円	
	温罨法・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		施術管理者名	Ⓜ 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				
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

- ・同上の場合は、「同上」や「ㄱ」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。