

|        |  |       |     |     |       |    |
|--------|--|-------|-----|-----|-------|----|
| 【添付書類】 | ※ 領収書(原本)  | 同年月日  | 令和  | 年   | 月     | 日  |
|        | ※ 医師の同意書(原本)   | 常務理事  | 事務長 | 次長  | 課(係)長 | 担当 |
|        | ・ 初療の場合は必ず必要   |       |     |     |       |    |
|        | ・ 6ヶ月を超えて治療を受ける場合、変形徒手矯正術を1か月を超えて受けようとする場合は再度医師の同意が必要  |       |     |     |       |    |
|        | ※ 施術報告書(写し)  |       |     |     |       |    |
|        | ・ 施術報告書を交付された場合  |       |     |     |       |    |
| 【注意事項】 | ※ 健康保険適用分のみを申請書に記入してください                               | 支給決定額 |     | 円   |       |    |
|        | ※ 申請書は1ヶ月単位(暦日1日~31日)で記入してください                         | 受付日付印 |     | 決定印 |       |    |
|        | ※ 「施術領収証明書」を添付する場合は、領収書および証明書に記載されている内容について転記の必要はありません |       |     |     |       |    |

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

|                     |                               |   |              |                         |             |    |  |
|---------------------|-------------------------------|---|--------------|-------------------------|-------------|----|--|
| 被保険者記入欄             | ○被保険者証の記号番号                   |   | ○発病又は負傷年月日   |                         | ○傷病名        |    |  |
|                     | —                             |   | 年 月 日        |                         |             |    |  |
|                     | 療養を受けた者の氏名                    | (フリガナ)  | 続柄           | ○発症又は負傷の原因及びその経過        |             |    |  |
|                     |                               | 男   |              | ○業務上・外、第三者行為の有無         |             |    |  |
| 女                   |                               | 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他  |              |                         |             |    |  |
| 昭・平・令               | 年 月 日生                        |   |              |                         |             |    |  |
| 施術内容欄               | 初療年月日                         | 施術期間  |              | 実日数                     | 請求区分        |    |  |
|                     | 平・令 年 月 日                     | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日   |              | 日                       | 新規 ・ 継続     |    |  |
|                     | 傷病名又は症状                       |   |              |                         | 転 帰         |    |  |
|                     |                               |   |              |                         | 継続・治癒・中止・転医 |    |  |
|                     | マ ッ サ ー ジ                     | 軀 幹   | 円 ×          | 回 =                     | 円           | 摘要 |  |
|                     |                               | 右上肢   | 円 ×          | 回 =                     | 円           |    |  |
|                     |                               | 左上肢   | 円 ×          | 回 =                     | 円           |    |  |
|                     |                               | 右下肢   | 円 ×          | 回 =                     | 円           |    |  |
|                     |                               | 左下肢   | 円 ×          | 回 =                     | 円           |    |  |
|                     |                               | 温罨法(加算)   | 円 ×          | 回 =                     | 円           |    |  |
|                     | 温罨法・電気光線器具(加算)                | 円 ×   | 回 =          | 円                       |             |    |  |
|                     | 変形徒手矯正術                       | 右上肢   | 円 ×          | 回 =                     | 円           |    |  |
| 左上肢                 |                               | 円 ×   | 回 =          | 円                       |             |    |  |
| (加算)                | 右下肢                           | 円 ×   | 回 =          | 円                       |             |    |  |
| ※ 温罨法との併施は不可        | 左下肢                           | 円 ×   | 回 =          | 円                       |             |    |  |
| 往療料 4kmまで           | 円 ×                           | 回 =   | 円            |                         |             |    |  |
| 往療料 4km超            | 円 ×                           | 回 =   | 円            |                         |             |    |  |
| 施術報告書交付料(前回支給：年 月分) | 円 ×                           | 回 =   | 円            |                         |             |    |  |
| 合計                  |                               |   |              | 円                       |             |    |  |
| 施術日                 | 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 |              |                         |             |    |  |
| 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      | 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           |                         |             |    |  |
| 申請欄                 | 上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。 |   | 申請者(被保険者) 氏名 | 電話                      |             |    |  |
|                     | 令和 年 月 日                      |   | 住所           |                         |             |    |  |
| 支払機関欄               | 金融機関名                         | 支店名   | 預金の種類        |                         |             |    |  |
|                     | 口座名義カタカナで記入                   |   | 1. 普通 2. 当座  |                         |             |    |  |
| 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       |    |  |
|                     |                               |   |              |                         |             |    |  |

同 意 書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、愛知県信用金庫健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して愛知県信用金庫健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。

また、上記照会を行うにあたり、愛知県信用金庫健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件について愛知県信用金庫健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長 様

(同意日) 令和 年 月 日

被保険者氏名 ㊞

《照会》 あんま・マッサージの治療を受けた方へ (初回申請者のみ記入)

みなさまの保険料を財源として支給する療養費については、適切な審査を必要とします。恐れ入りますが、下記の質問へ治療を受けている方にご回答いただきますようご協力をお願いします。なお、事実と相違する内容をご記入になると健康保険法により支給できないこともあります。

- あんま・マッサージの治療が必要となった理由を書いてください

---

- あんま・マッサージ施術の同意を受けた医療機関についてお答えください
  - 同意を受けた理由
    - 主治医のため(先生があんま・マッサージを勧めた)
    - あんま・マッサージの同意を受けるために病院へ行った(どなたに指示されましたか： )
    - その他 ( )
  - あんま・マッサージの施術を受けている部位の治療を受けていますか
    - 治療を受けた(どのような治療を受けていますか； )
    - 治療を受けたことがない(治療を受けない理由： )
- 「往療」の請求がある方はお答えください
  - 往療が必要な理由

---

  - 病院への通院方法
    - 歩いて(バス等を利用) ・ 車いす(補助者あり) ・ その他
- あんま・マッサージの施術はいつから受けていますか( 年 月 日 頃から)

以上の回答に相違ありません

受療者氏名(自署)