

支給決定伺							*ケンボ記入欄	
支給金額	金	円	支給期間	R	R	日	取得	S H R
							喪失	R
経伺	常務理事	事務長				担当者	備考	本・六・家・高一・高7

被保険者療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】 (R 年 月分)

被保険者欄	被保険者記号・番号		療養を受けた者の氏名		フリガナ	男・女	続柄	生年月日																								
	-							S・H・R 年 月 日生																								
被保険者欄	発症または負傷年月日		傷病名				業務上・外、第三者行為の有無																									
	H・R 年 月 日						1.業務上 2.第三者行為 3.その他()																									
被保険者欄		発症又は負傷の原因及びその経過、受療の経緯(できるだけ詳しく)						○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																								
被保険者欄	初療年月日		施術期間						実日数	請求区分																						
	R 年 月 日		自R 年 月 日 ~至R 年 月 日						日	新規・継続																						
被保険者欄	傷病名または症状		転						転																							
			継続・治癒・中止・転医						摘																							
被保険者欄	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																							
	施術回数		回	回	回	回	回	回	要																							
被保険者欄	通所		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	訪問施術料 1		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	訪問施術料 2		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	訪問施術料 3(3~9人)		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	訪問施術料 4(10~19人)		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	訪問施術料 5(20人以上)		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	温電法(加算)		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	温電法・電気光線器具(加算)		円×						円																							
	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×						円																							
被保険者欄	変形徒手矯正術(加算)		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
	※温電法との併施は不可		施術回数	回	回	回	回																									
被保険者欄	(月16回以降の施術に係る50%減)		円×						円																							
	特別地域(加算)		円×						円																							
被保険者欄	往療料		円×						円																							
	明細書発行加算		円×						円																							
被保険者欄	施術報告書交付料		円×						円																							
	(前回支給: 年 月分)		円×						円																							
被保険者欄	合計		円						円																							
	※集中度率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】		減後合計額						円																							
被保険者欄	施術日	月	通所○	往療○	訪問1①	訪問2②	訪問3③	訪問4④	訪問5⑤																							
	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	
被保険者欄	往療または訪問の理由(1.独歩による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())																															
	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。																															
被保険者欄	令和 年 月 日																															
	施設名 所在地 〒 氏名 印 TEL																															
被保険者欄	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師																															
	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。																															
被保険者欄	令和 年 月 日																															
	住所 〒																															
被保険者欄	被保険者氏名 印 TEL																															
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者 自署)																															
被保険者欄	【在職者のみ記入】 上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)																															
	【退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)】																															
被保険者欄	金融機関名 銀行・信用金庫 支店 / 1.普通 2.当座(いずれかに○)																															
	口座番号 口座名義人 (カタカナで記入)																															
被保険者欄	●添付書類や支給要件等を、事前に 大同健保ホームページでご確認のうえ 申請してください。																															
	*ゆうちょ銀行に振込希望の場合、支店名は漢数字3桁を、口座番号は振込専用7桁の番号を記入してください。																															