

受療者情報	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
	記号 番号		平成・令和 年 月 日			
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		昭・平 年 月 日生		男・女	○業務上・外、第三者行為の有無	
		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
施術内容	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	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× 右上肢 円× 左上肢 円× 右下肢 円× 左下肢 円×	回＝ 回＝ 回＝ 回＝	円 円 円 円	摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 往療を必要とした理由
	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	
	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 通院○ 往療◎		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		
令和 年 月 日		所在地		TEL		
あんまマッサージ指圧師 免許登録番号		施術所名		TEL		
		施術者名				
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
					令和 年 月 日	
				傷 病 名		
				要加療期間		

<記入にあたっての注意事項>

- ※こちらの申請書は、被保険者（または施術を受けた被扶養者）が施術管理者へ記入を依頼してください。
- ※申請書・施術内容明細書は暦月を単位として作成してください。
- ※あはき療養費（鍼きゅう・あんまマッサージ）は償還払い方式となります。
- ※「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 被保険者本人 → 健康保険組合

※当該『施術内容明細書』・『施術に要した費用の領収書』を「療養費支給申請書」に必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本）
- 施術報告書（写し）
- 往療状況確認表
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

【問い合わせ先】

〒933-0957 富山県高岡市早川 28 番地
三協・立山健康保険組合 TEL 0766-20-2377