

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書 ( R元 年 11 月分)

(あんま・マッサージ用) 第 3 回目

被保険者記入欄	被保険者記号-番号	8900 - 15	被保険者氏名	健保 次郎	生年月日	昭和59年 4 月 8 日	
	事業所名	丸の内商事株式会社		被保険者住所	〒100-0000 東京都千代田区丸の内3-100		
	受療者氏名	健保 組子		生年月日	昭和30年 9 月 1 日	続柄 母	
	傷病名	脳出血による左片麻痺			発病又は負傷年月日	平成30年12月30日	
	発症又は負傷の原因及びその経過			施術場所(入居施設名および住所等)		業務上・外第三者行為の有無	

約1年前に脳出血で倒れた際の後遺症で麻痺が残っており、現在もほぼ寝たきり状態。

自宅

1.業務上  
2.第三者行為  
3.その他

初療年月日	年 月 日	施術期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	実日数	日	請求区分	新規・継続
傷病名及び症状						転帰	継続・治癒・転院

療養費の支給対象となるのは、麻痺症状の緩解措置として、関節拘縮や筋萎縮による関節可動域の拡大と筋力増強を促し、症状の改善を目的としたマッサージです。

本来、医療機関において、理学療法の一環として行われる医療マッサージを、医療機関にて専門スタッフや設備が整わない等の理由により、施術所等で受けたマッサージのみが療養費の支給対象になることから、単に疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のマッサージ等に関する申請については支給できません。

施術内容欄	訪問施術料 3 (10人以上)	円 ×	回 =	円																														
	温 罨 法 (加算)	円 ×	回 =	円																														
	温罨法・電機光線器具 (加算)	円 ×	回 =	円																														
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併用は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																												
		施術回数	回	回	回	回																												
	特別地域 (加算)	円 ×	回 =	円																														
	往 療 料	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	訪問1①	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	
通所②	訪問2②																																	
往療③	訪問3③																																	

往療又は訪問の理由: 1. 独歩による公共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( )

あんま・マッサージ指圧師に記入を依頼してください。

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
	年 月 日	〒	
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	住所 氏名 電話

同意記録	同意医師の氏名	医療機関名 及び 住所	同意年月日	傷病名	要加療期間

[添付書類] 領収書の原本、初療時は医師の同意書

受付日印

健保記入欄	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 間	
	費用額合計	円	法定給付 円
	医療との併給	あり・なし	支給決定 月末払 ・ 不支給 決議書No.
	備 考	高齢受給者( )割 ・ 公費	