下記申請にもとづき次のとおり 支給申請を決定いたしたい。	常務理事	事務長	関係者	担当者

決裁年月日	年　月　日

支給額		計算	

被保険者
被扶養者　療養費支給申請書[あんま・マッサージ]

東北電力健康保険組合理事長　殿　　年　月　日

下記のとおり申請いたします。　　(　年　月診療分)

□　この届出は被保険者が内容を確認し作成しています

記号番号	被保険者氏名	事業所名	
		電話番号	
施術を受けた者の氏名 / 続柄 / 施術を受けた者の生年月日		傷病名	
	年　月　日 (　歳)	発病又は負傷原因及びその経過	
		発病または負傷年月日	年　月　日

初療年月日	施術期間	請求区分
年　月　日	年　月　日～　年　月　日(　日間)	新規・継続
傷病名および症状		転帰 継続・治癒・中止・転医

施術内容欄

施術料		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要
マッサージ(施術料)		施術回数	回	回	回	回	回	
	通所	円×		回＝			円	
	(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)	円×0.5×		回＝			円	
	訪問施術料 2	円×		回＝			円	
	(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)	円×0.5×		回＝			円	
	訪問施術料 3 (3人～9人)	円×		回＝			円	
	(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)	円×0.5×		回＝			円	
	訪問施術料 3 (10人以上)	円×		回＝			円	
	(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)	円×0.5×		回＝			円	
温罨法(加算)		円×		回＝			円	
(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)		円×0.5×		回＝			円	
温罨法・電気光線器具(加算)		円×		回＝			円	
(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)		円×0.5×		回＝			円	
変形徒手矯正術(加算) **※温罨法との併施は不可**		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	
		施術回数	回	回	回	回	回	
		円×		回＝			円	
(月16回以降の施術における加算に係る50%逓減)		円×0.5×		回＝			円	
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	
明細書発行加算		円×		回＝			円	
計		円						

施術日	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
訪問 1 ① 通所 ○　訪問 2 ② 往療 ◎　訪問 3 ③																															
月																															

○往療または訪問の理由 (1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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(　　))

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。

年　月　日

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

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

所在地

施術所名

施術管理者名

電話番号　TEL

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