

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定いたしました。		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 療養費支給申請書[あんま・マッサージ] 被扶養者																																	
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)																													
<input type="checkbox"/> 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	発病又は負傷原因及びその経過																													
			(歳)	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	マッサージ(施術料)	同意部位	(軀 幹)	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)	摘 要																								
			施術回数	回	回	回	回	回																									
		通所	円×		回=		円																										
		訪問施術料 1	円×		回=		円																										
		訪問施術料 2	円×		回=		円																										
		訪問施術料 3 (3人~9人)	円×		回=		円																										
		訪問施術料 3 (10人以上)	円×		回=		円																										
		温罨法(加算)	円×		回=		円																										
		温罨法・電気光線器具(加算)	円×		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	(軀 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																												
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																												
計				円																													
施術日	訪問 1 ①	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	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())																															
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		所在地		施術所名		施術管理者名																										
	あん摩マッサージ指圧師		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																												