被保険者
家　族　療養費支給申請書　（あん摩・マッサージ・指圧用）

令和　　年　　月　　日提出

被保険者が記入するところ

① 記号・番号	記号		② 被保険者氏名 生年月日	
	番号		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
③ 被保険者の現住所	〒　　－　　電話　　（　　）			
④ 事業所名称				
⑤ **被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。**				
氏名		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	被保険者との続柄
⑥ 傷病名		⑦発病又は負傷年月日	年　　月　　日	
⑧ 発病又は負傷の原因(詳細に記入)	い　　つ・・・ ど　こ　で・・・ どのように・・・			
⑨ 第三者によるものですか	はい　・　いいえ 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。			
⑩ 業務中に発生したものですか	はい　・　いいえ			
⑪ 施術を受けた施術所	名称			
	所在地			
⑫ 施術を受けた日（〇を付けてください）	年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 1516 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31【　　日間】		
※　暦月単位で１月につき１枚の申請が必要となります。				
⑬ 被保険者同意欄	療養を受けた医療機関等に愛知県トラック事業健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。			
	被保険者氏名			
※　同意医師へ確認させて頂くこともあります。				

金額の受領を委任するときに記入するところ

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者(申請者)

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

委任された者の

所在地

事業所名

事業主氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

施　術　内　容　証　明　書　（あん摩・マッサージ用）

（　　年　　月分）

被保険者欄

○被保険者資格の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
	年　月　日	

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 （　1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　）） ○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）

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（　）　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続
傷病名及び症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

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回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　　回＝　　円						
	訪問施術料　1	円×　　回＝　　円						
	（月16回以降の施術に係る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回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　　回＝　　円						
	訪問施術料　4（10人～19人）	円×　　回＝　　円						
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　　回＝　　円						
	訪問施術料　5（20人以上）	円×　　回＝　　円						
	（月16回以降の施術に係る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	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）		
		施術回数	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						
合計		円						

※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合〇】　　逓減後合計額　　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
通所〇	訪問１①	月																														
	訪問２②																															
	訪問３③																															
往療◎	訪問４④																															
	訪問５⑤																															

〇往療又は訪問の理由（　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。

令和　　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

〒　－

住　所

免許登録番号　　あん摩マッサージ指圧師

氏　名　　電話

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
		令和　年　月　日		

【添付書類】　●領収書(原本)　●医師の同意書(原本)　●施術報告書（写し）

初療日または医師の同意日から６か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。但し、変形徒手矯正術は１か月毎に同意書が必要です。また、施術報告書を施術者から貰い受けたときはその写しを添付してください。