

3枚中1枚目

(様式第6号の2の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号									特記事項	1 社国	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合									
公費受給者番号								2 公費									4 退職	4 六外	0 高外7	8	9	10	
区市町村番号									種類	04 マ													
受給者番号								保険者番号															

被 保 険 者 欄	○被保険者資格に係る記号番号		○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		(フリガナ)			続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無						
			男・女					(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())						
		明・大・昭・平・令 年 月 日生					○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、被保険者の住所地と異なる場合に記載)							

3枚中2枚目

療養を受けた者の氏名 ()
 保 険 者 番 号 ()
 被保険者資格に係る記号番号 ()
 機関コード ()

年 月分

別添1 (様式第6号の2の2)

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 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													
		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		(右上肢)		(左上肢)		(右下肢)		(左下肢)													
																施術回数		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																	
合 計																		円																			
一部負担金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)																		円																			
請 求 額																		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○	訪問2②																																				
往療◎	訪問3③																																				
月																																					
○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 ())																																					

3枚中3枚目

療養を受けた者の氏名 ()
 保 険 者 番 号 ()
 被保険者資格に係る記号番号 ()
 機関コード ()

年 月分

(様式第6号の2の2)

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				
	令和 年 月 日	登録記号番号	施 術 所	所在地	〒 -	名 称	氏 名	電 話		
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				〒 -					
	令和 年 月 日	三岐しんきん健康保険組合 殿			申請者 (被保険者)	住 所	氏 名			
支 払 機 関 欄	1枚目、2枚目の記載内容も確認し、本申請書に基づく給付金に関する受領を				に委任します。					
	令和 年 月 日				申請者 (被保険者) 氏 名					
	受領委任を しないとき	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。								
	金融機関名	信用金庫 店	口座番号							口座名義 <small>カタカナで記入</small>
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				

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月（1か月）を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」について、任意継続被保険者の方は「受領委任をしない時」欄に被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「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>本人 → 金庫人事担当 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
 ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を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

※ 当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。