

【別添3】

療養費支給申請書（丸紅連合償還払い）

（ 年 月分 ） （ あん摩・マッサージ・指圧用 ）

丸紅連合健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		発症又は負傷年月日（療養開始日）		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
		昭・平	年 月 日 生	第三者行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい

あ ん 摩 ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
	年 月 日	自： 年 月 日 ～ 至： 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名 又は 症状				転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	円 ×	回 =	円	摘 要
		右上肢	円 ×	回 =	円	
		左上肢	円 ×	回 =	円	
		右下肢	円 ×	回 =	円	
		左下肢	円 ×	回 =	円	
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	
	温電法	円 ×		回 =	円	
	温電法・電気光線器具	円 ×		回 =	円	
	往療料 4kmまで	円 ×		回 =	円	
	往療料 4km超	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 通院○ 往療◎	月	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				
記 入 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所		
	年 月 日	住 所				
同 意 記 録	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		氏 名	電 話	
	同意医師の氏名	住 所		同意年月日	傷病名	
				年 月 日	要加療期間	

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている**主治医の同意書**（医師の住所、氏名、病名等記載のもの）と、施術に要した費用の「領収書（原本）」を添付してください。  
※再同意の同意書は初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可。
- ・往療料を申請する場合は、往療状況確認表の添付が必要です。
- ・施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。
- ・同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。

受付日付

委 任 欄	上記保険給付金の受領を事業所担当者 _____ に委任する。
	年 月 日 被保険者 _____