

秘 厳 秘 情 報
複 製 禁 止

		決 裁		令 和		年 月 日	
受 付		登 録		常務理事		事務長	
関係者		担 当					
再生紙（裏紙）の申請は不可							
受付番号		NO. 2 -		令和 年 月 日			
台帳記入							
法定		円 × $\frac{70 \cdot 80}{100} =$		円			
付加		円 × $\frac{30 \cdot 20}{100} =$		円			
事 由		1. 治療用装具 2. 医療費全額負担		円 - (円 + 25,000円) ÷		円	
資格喪失		令和 年 月 日		支給期間		令和 年 月 日 から 日 間	

~~療 養 費~~ ~~家族療養費~~ (注) 給付
~~一部負担還元金~~ ~~家族療養付加~~
連絡先は業務時間内(9:00~17:00)に連絡が取れる番号をご記入ください。

(あん摩・マッサージ用)

届出日を必ずご記入ください

第 1 回目
(令和〇〇年9月分)

中部電力健康保険組合 常務理事 殿		令和 〇〇 年 〇 月 1 日 届出			
被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記 号	1	会社名・所属	〇〇(株)△△支店××部××G
		番 号	12345	連絡先	☎ ×××-××××-××××
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者生年月日	昭和 〇〇 年 1 月 1 日
	被扶養者に関する申請の場合	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
		健保 花子	妻	昭和 〇〇 年 7 月 7 日 平成 令和	
	傷 病 名	脳出血による筋		原因、現在の状況を詳しくご記入ください。 5 月 1 日	
	発病または負傷の原因およびその経過	脳出血で右半身が動かなくなった。主治医からマッサージの治療を進められ開始した。右半身はまだ思うように動かず通院中。			
	第三者行為によるものですか？	1. いいえ 2. はい		施術に要した費用の額	〇,〇〇〇円
	同意記録	同意医師の氏名	同意年月日	領収書を参考にご記入ください。	
		東海 三郎	年 月 日	脳出血による筋麻痺	
	所 在 地		要 加 療 期 間		
	〇〇区××町△△番地		令和〇〇年9月1日～令和〇〇年11月1日		
診療を受けた者の公費負担適用	有	1. 障害者 2. 母子家庭 3. 乳幼児・こども 4. その他 ()			
有・無	無	認定市町村名	市 町 村		
		必ずいずれかに〇印をご記入ください。			

◎同意した医師の診療報酬明細書を確認し、審査を経て支給の可否を決定します。
従って、支給時期は最短で施術を受けた月から4ヶ月後となります。
【提出の流れ】本人→会社→健保（任意継続者は直接健保へ）
【必要書類】①医師の同意書（本書）※
②施術に要した費用の領収書（本書）※簡易のレシートは不可
上記①、②いずれも返却はできません。
※必ず当該疾病にかかる主治医が診察したうえでの同意書が必要です。（口頭同意不可）
2回目以降は同意書の写しを添付してください。
（有効期限を超えて施術を続ける場合は、改めて主治医が診察したうえでの同意書が必要です。）

以下は、あんま・マッサージ師が記入してください。

嚴 秘 情 報
複 製 禁 止

被保険者証等	記号		療養を受けた者の氏名	
	番号			

(年 月分)

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	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 電 法 (加 算)		円× 回＝ 円																														
	温電法・電機光線器具 (加 算)		円× 回＝ 円																														
	変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可		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																															
施術日	訪問 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	〇 訪問 2 ㊞																																
往療	◎ 訪問 3 ㊟	月																															
〇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 ())																																	
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														〒				住 所														
	免許登録番号														あん摩マッサージ指圧師																		
															氏 名																		
														電 話																			

施
術
内
容
欄