## 療養費支給申請書( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被		<b>技保険者等記号・番号</b>		号	Global ID			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														
被									年 月 日																	
保険者欄	(フリカ*				ปก* †)							売 柄					業務」	業務上・外、第三者行為の有無								
	療 養 を 受けた者 の 氏 名									男			1	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( )												
1949										女				施術した場所(入居施設や住所地特				例等、保険証住所地と異なる場合に記						記載)		
						年	月	E	日生																	
	初療年月日							施術			期	間					実	請求				ξ	区 分			
	年 月 日 自					自・		年	F 月 日				4	年 月 日			新規					• 継 続				
	傷病名及び症状																			転				帰		
施術內容欄							<sub>E3</sub> -	意部位	(躯	龄)	(右上)	畔)	( <b>#</b> F B	ŧ) (	(右下肢)	(#	下肢)			継続		・ 中	中止・軟	返医		
			マッ	サージ(施術料)			施術回数			PT/	(411)	<u>IX</u> )					. I'IX/ 回	<u>.</u> 			摘		要			
			通所	通所							F	円×						円								
			訪問旅	<b>五術料</b>	1						P	円×		<b>□</b> :				円								
			訪問旅	問施術料 2								l×		<b>=</b>				円								
	施術料		訪問旅	<b>五術料</b>	3 (3人	~9人)					F	円×		回=				円								
			訪問旅	<b>五術料</b>	3(10人	以上)					F	١×		<b>=</b>				円								
		温 罨 法(加算)								円	ໆ× 回=					円										
		温罨法・電気光線器具(加 算)											× 📵 =													
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可					同意部位						正上肢) (右下肢)			(左											
						Л	施術回数			回 回 回 円× [			<u> </u>													
		特別地域(加算)											円×			<u> </u>			1							
	往療料						P				× =				Ħ											
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)							F				]×				円	4									
								8 9 10 11 12 1				12 14	3 14 15 16 17 18 19			20 01	円	<del></del>				07	27 28 29 30 31			
	通所〇 訪問2②			3	4 5	0 /	8	9 1	0 11	12	13 14	15	10 1	/ 18	19	20 21	22	23 2	4	20	20	21	28 2	9 30	) 31	
		⑤ 訪問3億 は訪問の理由		による公共	· 交通機関	を使っての	外出困難 2	2. 認知	症や視覚	、内部、#	青神障害;	などにより	り独歩	による外出	困難 3	3. その他	(								)	
	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 ( )  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																									
施術			年					ı																		
証明	明 免許登録番号 あん摩マッサージ指F												任	E 所												
欄														氏 名				電話								
	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。																									
申請押	在職被保険者の場合は、本件療養費の受領方を事業主に委任します。(※)																									
		年	月	日																						
	AIG健康保険組合理事長 殿												住所													
1949									申請者 (被保険者)																	
														氏名					電話							
	()	※)給付金	は、毎月15	日健保受	そ付締めな	別り、翌		込いた	します。	。(任意	継続者(	は、翌月	20日	登録口座	へ振込	)							_			
同意	同意医師の氏名 住					住	所				同意年月日				_	傷	病	_	名		$\downarrow$	要加	療期	1		
記録														年	月	B										

◎療養費支給申請書に必要事項をご記入の上、下記(1)~(4)の書類を添えて提出して下さい。(裏紙の使用不可)

受付印

- (1)治療内容の書いてある領収書(原本)※レシート不可
- (2)初回申請時および施術を継続する場合は6ヶ月毎に『医師の施術同意書(原本)』 ※口頭のみでの再同意は不可 ただし、変形徒手矯正術を必要とする旨の医師の同意書の場合は1ヶ月毎に提出
- (3)施術師より施術報告書を交付された場合はその写し
- (4)初療の日から1年以上経過しており、施術回数が16回以上/月の場合『施術雑続理由・状態配入書』

【提出先】社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階

※任意継続者の方は直接<AIG健康保険組合>に送付して下さい。

- i) 申請者(被保険者)が記入するところ ①被保険者欄 ②申請欄
- ji) 施術師が記入するところ ① 施術内容欄 ② 施術証明欄 ③ 同意記録