

記入例

## 療養費支給申請書（令和6年10月分）（あんま・マッサージ用）

|       |            |                 |           |                     |                                                                 |
|-------|------------|-----------------|-----------|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 被保険者欄 | 被保険者等記号・番号 | 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 |                                                                 |
|       | 1 — 12345  | 1234567         | 令和4年2月3日  | 脳梗塞・左片麻痺、麻痺残存       |                                                                 |
|       | 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) コウセイ ハルオ | 続柄        | 業務上・外、第三者行為の有無      |                                                                 |
|       |            | 厚生 春雄           | 男<br>女    | 本人                  | 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他（ ）<br>施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載） |
|       |            | 平成〇〇年△△月□□日生    |           |                     |                                                                 |

|                                                                             |           |                            |           |             |       |       |       |       |     |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|-------------|-------|-------|-------|-------|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 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 年 月 日～至 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      | （躯幹）        | （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         |             |       |       |       |       |     |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                             |           | 温電法・電気光線器具（加算）             | 円         |             |       |       |       |       |     |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                             |           | 変形徒手矯正術（加算）<br>※温電法との併施は不可 | 同意部位      | （左下肢）       | 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      |                            |           |             |       |       |       |       |     |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 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 |
|        | 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                      |

|     |                                    |                                                          |                         |
|-----|------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| 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。      | 住所                                                       | 〒000-0000 東京都墨田区錦糸〇-△-□ |
|     | 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。（※） | 氏 名                                                      | 厚生 春雄                   |
|     | 令和6年11月1日                          | 申請者（被保険者）                                                | 電話 03-0000-0000         |
|     | AIG健康保険組合理事長 殿                     | （※）給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。（任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込） |                         |

|      |         |     |       |       |       |
|------|---------|-----|-------|-------|-------|
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | 住 所 | 同意年月日 | 傷 病 名 | 要加療期間 |
|      |         |     | 年 月 日 |       |       |

◎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『施術継続理由・状態記入書』

【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

Ⅱ）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