

療養費支給申請書

あん摩・マッサージ用 (令和6年10月施術から使用)

チェックポイント

記入日：令和 年 月 日

申請者の記入欄

被保険者	記号	番号	審査のため、申請から支給可否決定まで、数ヶ月お時間がかかる場合もあります。また後日、事業所人事経由で従業員ご本人に、申請内容につき、別途ヒアリングさせていただく場合もありますので、ご了承ください。	
受療者氏名				
傷病名	発病・負傷年月日		年	月 日
発病・負傷原因 (詳細を記載)	未記入は受付できません(傷病名/発病・負傷原因)			
業務上または通勤途上によるものですか	はい・いいえ	交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
施術期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間
施術に要した費用	円			
上記のとおり申請いたします。なお、給付金の受領は事業主に委任します。				
富士通健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また、当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。				
同意欄のため必須です		署名	住所	氏名

施術所(はり師・きゅう師)記入欄

初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続											
傷病名及び症状						転	帰											
施術した場所(入居施設や住所地特例等、自宅住所地と異なる場合に記載)						継続・治癒・中止・転医												
摘要																		
施術内容欄	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											
		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											
施術日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
訪問1①																		
通所②		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
往療③																		
○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			氏名 電話								
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					
【事業所記入欄】																		
担当者名 備考欄																		

