

支給決定日		常務理事	事務長	M G R	M G R	担当者
支給額	¥					

被保険者・被扶養者 **療養費支給申請書** (あんま・マッサージ用) (令和 年 月分) 第 回目

【領収書の原本・医師の同意書(初回及び6ヶ月毎)を添えて申請下さい】

保険証記号	保険証番号	患者氏名 (男・女)	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
-------	-------	---------------	----	------------------------

発病又は負傷の原因及びその経過(原因については各自の思い当たる事を記入下さい) :  
発病又は負傷したのは平・令 年 月 日頃でその原因は (1.業務上 2.交通事故等第三者行為 3.その他) である

初めて施術を受けた年月 平・令 年 月 日	施術の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	実日数 日	実際の施術日を下欄に通院日は○ 往診日は◎を記入下さい
--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------------

施術日	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
-----	---	---

施術内容欄	傷病名及び症状							請求区分
	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)	新規・継続
		施術回数	回	回	回	回	回	
	通所	円×		回=	円	転 帰		
	訪問施術料 1	円×		回=	円	継続・治癒		
	訪問施術料 2	円×		回=	円	中止・転医		
	訪問施術料 3 (3人~9人)	円×		回=	円	摘 要		
	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) ※温罨法との併設は不可	同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回			
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							

施術証明欄	上記の通り施術を行い、その費用を徴収いたしました。 あんま・マッサージ・指圧師 氏名 : 住所 : 〒 令和 年 月 日 施術所名称 : Tel - -
-------	--

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和 年 月 日		~

ジェイティービー健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日  
上記の療養に要した費用の支給を申請いたします。 なお療養費は下記銀行口座に振込をお願いいたします。

振込銀行名	支店名	口座番号	口座名義 (カタカナでご記入下さい)
銀行	支店	普通 :	

被保険者の住所 : 〒

被保険者の氏名 :

Tel - -

【支給決定について】

2025.03

◎支給審査は、医師の証明が発行された月の診療報酬明細書 (レセプト) 等の診療内容の確認を行うため、支給までにお時間を要しますので、ご了承ください。

◎審査の結果、支給となった場合、健保支払月の翌月 10 日に KOSMO Web へ「給付金支給決定通知書」を通知いたしますので、Web よりご確認ください。