| 健保組合処理欄 | | | | | 常務理事 | 事務長 | GL | 係 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 支払年月日 | | | | | | | |
| | 支給額 | 円 | | | | | | |
| | 支払区分 | 本家区分 | (内訳) | 資格 | 取得 | 年　月　日 | | |
| | 7割 ・ 8割 | 本・家・六・高一・高7 | | | 喪失 | 年　月　日 | | |

トヨタ関連部品健康保険組合　御中

□被保険者
□被扶養者

# 療養費支給申請書（あんま・マッサージ）

（特定の条件に該当する方）

（　年　月分）
第　　回目

この申請書は、以下（1）（2）のいずれかに該当する場合に使用してください。
（1）月16回以上の施術を行った場合（100分の50に相当する額により算定したものがある場合）
（2）訪問施術料4もしくは5を算定した場合

**被保険者記入欄**

| 事業所名 | 被保険者等（右づめ） 記号 | 番号 | 記号番号が不明の場合、マイナンバーを記入 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 被保険者氏名 | 続柄 | 受療者氏名 | 生年月日 |
|---|---|---|---|
| | | | 昭・平・令　年　月　日 |

| 発症・負傷年月日 | 傷病名 | 第三者行為による傷病ですか？ |
|---|---|---|
| 平・令　年　月　日 | | □は い ⇒「第三者による傷病届」を提出<br>□いいえ |

| 傷病の原因及びその経過 | 施術に要した費用 |
|---|---|
| | 円 |

| 施術を受けた場所 | 施術を受けた部位 |
|---|---|
| a.施術所　b.その他（住所:　　　） | |

本紙（又は添付）の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請し、給付金の受領を下記受任者に委任します。
また、トヨタ関連部品健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、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、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。

令和　年　月　日　　住　所

被保険者氏名（請求者氏名）　　電話

**施術内容**

**施術者が記入した 別紙A.「施術内容証明書（あんま・マッサージ）」を添付してください。**

**事業主記入欄**

委任を受けた給付金の受領は、トヨタ関連部品健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

受任者　　所 在 地

事業所　名　　称

受 任 者 名

【提出の流れ】申請者 → 会社 → 健保（任意継続者は直接健保へ）

**【添付書類】**

**①医師の同意書（原本）※1,2　②施術に要した費用の領収証（原本）　③施術所発行の施術報告書（写）※3**

**④別紙A. 施術内容証明書（原本）　⑤別紙B. 訪問施術総括表（原本）※4**

※1『医師の同意書』は、同意書の有効期間内（6ヶ月間）における2回目以降の申請においては、添付を省略することができます。
ただし、「変形徒手矯正術」については、同意書の有効期間は1ヵ月とされており、申請の都度必ず同意書の添付が必要です。

※2『医師の同意書』の有効期間を超えて更に施術を受ける場合は、医師の診察を受けたうえで、あらためて交付された医師の同意書を添付する必要があります。

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術報告書(写)添付が必要です。

※4 訪問施術料4又は5の申請がある場合のみ、訪問施術総括表の添付が必要です。
なお、厚労省通知に記載されている項目をすべて満たしていれば、別紙Bに代えて、施術所が独自に作成した様式を添付できます。

別紙A

# 施術内容証明書（あんま・マッサージ）

●施術者が記入してください。

| 受療者 | 被保険者等（右づめ） | | 受療者氏名 | 生年月日 |
|---|---|---|---|---|
| | 記号 | 番号 | | |
| | | | | 昭・平・令　年　月　日 |

**施術内容・証明欄（施術者記入欄）**

| 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 |
|---|---|---|---|
| 平・令　年　月　日 | 自・令　年　月　日 ～ 至・令　年　月　日 | 日 | 新規・継続 |

| 傷病名および症状 | 転帰 |
|---|---|
| | 継続・治癒・中止・転医 |

| 区分 | 項目 | | 金額 |
|---|---|---|---|
| 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 | |
| | | 施術回数：回／回／回／回／回 | |
| | 通所 | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 訪問施術料　1 | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 訪問施術料　2 | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 訪問施術料　3（3～9人） | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 訪問施術料　4（10～19人） | ※訪問施術料4又は5の算定時、訪問施術総括表の添付が必要です。 | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 訪問施術料　5（20人以上） | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 温罨法（加算） | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 温罨法・電気光線器具（加算） | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| | 変形徒手矯正術（加算）<br>※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 |
| | | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | 円 ×0.5× 回 ＝ 円 |
| 往療 | 往療料 | | 円 × 回 ＝ 円 |
| 報告書 | 施術報告書交付料（前回支給：　年　月分） | | 円 × 回 ＝ 円 |
| 明細 | 明細書発行加算 | | 円 × 回 ＝ 円 |
| | | 合計 | 円 |
| | 集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象） | 逓減後合計額 | 円 |

| 摘要 |
|---|
| |

| 往療又は訪問の理由 |
|---|
| |

施術日（マーク：通院○　往療◎　訪問1①　訪問2②　訪問3③　訪問4④　訪問5⑤）（　　月施術分）

| 施術日 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| マーク記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|---|---|

上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。

令和　　年　　月　　日　　　所 在 地

免許登録番号（　　　　　　　　　）　施術所名

施術者氏名　　　　　　　　　　　　電話

| 同意記録 | (再)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 | | |

※記入誤り、記入漏れがないようご注意ください。記入内容を修正される場合は、修正箇所に押印してください。

別紙B

# 訪問施術総括表（あんま・マッサージ）

年　　　月分　　　　　　　　　　　　　　　　　施術所名：

| 区　分 | 施術場所（施設等名） | 訪問施術区分 | | | | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 区分 | のべ算定回数 | 算定日数 | 同一日訪問人数（平均） | |
| 患家（1人） | − | 1 | | | | |
| 患家（2人） | − | 2 | | | | |
| 施設等 | | 1 | | | | |
| | | 2 | | | | |
| | | 3 | | | | |
| | | 4 | | | | |
| | | 5 | | | | |
| | | 小計 | | | | |
| | | 1 | | | | |
| | | 2 | | | | |
| | | 3 | | | | |
| | | 4 | | | | |
| | | 5 | | | | |
| | | 小計 | | | | |
| | | 1 | | | | |
| | | 2 | | | | |
| | | 3 | | | | |
| | | 4 | | | | |
| | | 5 | | | | |
| | | 小計 | | | | |
| 訪問施術料合計算定回数 | | | ① | | | |
| うち最頻施術建物での訪問施術料算定回数 | | | ② | | | |

集中率（②÷①）　　　　　　　　　　　　　　％

注　・訪問施術料4又は5を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。（請求先保険者に対し各1枚）
・同一日訪問人数（平均）は四捨五入により小数点１桁で記載すること。
・施設等の欄は必要に応じ行を追加して作成すること。
・訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合についても訪問施術にカウントすること。この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。