

健保組合 使用欄	支払年月日	令和 年 月 日			常務理事	事務長	係長	係員
	支払額	法定給付	円					
		付加給付	円					
	合計	円						
計算式					被保険者資格取得日	年 月 日		
					申請者資格取得日	年 月 日		
備考	入力No.							

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書(あん摩・マッサージ・指圧用) (年 月分)

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入の上、添付書類とあわせて提出ください。

被保険者 記入欄	被保険者証	記号番号	従業員No.	フリガナ	生年月日			
		-		氏名	昭和 平成 年 月 日 令和			
	事業所名	トヨタ紡織(株)	その他の事業所		所属			
	受療者氏名	フリガナ				生年月日		被保険者との続柄
		氏名				昭和 平成 年 月 日 令和		
	傷病名				発症・負傷年月日	平成 年 月 日 令和		
	傷病の原因及びその経過							
	確認事項(該当に✓)	①負傷の原因は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)のものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②今回の傷病は、通勤途中又は業務中によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③トヨタ紡織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(本人自署) 電話番号 () -						
	施術に要した費用	※月単位(1日～月末までの合計金額)						円
	施術所名							
	施術を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間						
	給付金 振込先	1.給付金の受領を委任するとき						
		委任状	私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名(本人自署)			私は上記給付金の受領を左記の者より受任しました。 (受任者)		
	2.振込先を指定するとき 注)口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることを証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付							
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ			
			普通・当座		口座名義			

※ 添付書類(全て原本)

- 領収書(レシート不可)
- 施術内容証明書
- 医師の同意書(※1)
- 施術継続理由・状態記入書(※2)
- 施術報告書(※3)

※1 『医師の同意書』は(初回申請時・継続受診6ヶ月ごと添付)

※2 1年以上継続し月16回以上施術している場合のみ『施術継続理由・状態記入書』を提出ください。

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた「施術報告書(写)」を提出ください。

※ 提出経路:被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート(株) 国内給与部)→健保組合 (任意継続者は直接健保へ)

※ 問合せ先:トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G 11 (0566)26-0305 内線 811-3053

個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

同意書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	令和 年 月 日	
症 状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右肩 ・ 右肘 ・ 右手首 ・ 右股関節 ・ 右膝 ・ 右足首 左肩 ・ 左肘 ・ 左手首 ・ 左股関節 ・ 左膝 ・ 左足首 その他 ()
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)
施術の種類 施術部位	マッサージ (軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
	変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
往 療	1.必要とする 2.必要としない	
	往診を必要とする理由 介護保険の要介護度()わかれば記載下さい	
	1.独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3.その他 ()	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください(任意)	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、 マッサージの施術に同意する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">保 険 医 氏 名</p>		

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (あん摩・マッサージ・指圧療養費用)

(令和 年 月 分)

患者	氏名			
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
傷病名				
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()			
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術			
施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢			
初療年月日	昭・平・令 年 月 日			
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)			
患者の状態の評価		評価日	平成・令和 年 月 日	
基本動作	寝返り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助		
	起き上がり	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助		
	座位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助		
	立ち上がり	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助		
	立位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助		
前月の評価の有無	1. 有り 2. 無し			
前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)				
1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大				
(症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術が必要な理由)				
上記のとおりであります。				
令和 年 月 日				
あん摩マッサージ指圧師氏名				