

被保険者（申請者）が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	記号		②被保険者氏名 (申請者)			
		番号					
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 ー TEL ()					
	④被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日			⑤所属会社名		
	⑥施術を受けた者	☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族) ➡被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい					
		被扶養者 氏名			被扶養者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	⑦傷病名				⑧発病または 負傷年月日	平成・令和 年 月 日	
	⑨業務上の負傷ですか	☐ はい ☐ いいえ * 労災に該当する場合は原則申請できません			⑩第三者行為によ るものですか	☐ はい ☐ いいえ * 第三者行為が原因の場合は<u>事前にご連絡下さい</u>	
	⑪施術を受けた期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（実受診日数： 日間）					
	⑫発病時の状況または 負傷の原因（具体的に）						
⑬備考							

給付金受取先	⑭委任状	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。					
	被保険者 (申請者)	☐ 在籍している事業所の事業主 (※「⑮振込口座欄」の記入は不要です) 氏名: _____ 住所: 「被保険者(申請者)住所」欄と同じ					
⑮振込口座	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店		預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	
	口座番号	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	口座名義	※カタカナで記入してください			

— 受付印 —

健保使用欄	受理決定日	年 月 日	支 給 額	円	常務理事	事務長	事務次長	担当
	支 払 日	年 月 日						
	資格取得日	年 月 日	標準報酬月額	千円				
	資格喪失日	年 月 日	区分	本人・家族 6歳未満・高齢				
	扶養認定日	年 月 日						

健康保険

療養費支給申請書

あんま・マッサージ用

2 枚目

令和		年		月分	
----	--	---	--	----	--

被 保 険 者 欄	被保険者等記号番号		記号	番号		続柄		本人・家族	
	療養を受けた者の氏名					男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)								
	発病または負傷原因 及びその経過								

施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間																実日数	請求区分													
	平成 年 月 日 令和		自・令和 年 月 日 ～ 至・令和 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 × 回 = 円																													
		温電法・電気光線器具 (加算)		円 × 回 = 円																													
		変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併用不可	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																										
			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																														
費 用 額 合 計		円																															
施術日	訪問 1①																																
通所○	訪問 2②																																
往療◎	訪問 3③	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

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		所在地		
	免 許 登 録 番 号		施術所名		
			施術者名 TEL		

同 意 記 録	同意医師氏名		同意年月日	令和 年 月 日	要加療期間	
	住 所				傷病名	