

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(年 月分)【あんま・マッサージ用】

被 保 険 者 欄	被保険者等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)		
	被保険者氏名	(フリガナ)			被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒					
		電話			メールアドレス		
	療養を受けた者の 氏名	(フリガナ)			療養を受けた者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
発病又は 負傷年月日	年 月 日			発症又は負傷の原因 及びその経過			
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい			業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい		
	※「はい」の場合は、別途届出が必要です。				※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間														実日数		請 求 区 分														
	() 年 月 日			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		(軀 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																													
		マ ッ サ ー ジ (施 術 料)	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	訪問1①	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
	通所○	訪問2②																																
	往療◎	訪問3③																																
○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														〒 ー 住 所																		
	免許登録番号														あん摩 マッサージ指圧師 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															
								令和 年 月 日																									

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。														令和 年 月 日																		
	被保険者(申請書)					氏 名																											
	代理人(実際に給付を受領する者)					氏 名																											

振 込 先 情 報	金融機関コード												支店コード																				
	金融機関名称		銀行/信用金庫																												本店/支店		
	預金種別		普通	当座	その他()			口座番号													口座名義(カタカナ)												

- 添付書類
1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本
- 受付日付印

備 考	個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)													
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点													