

健保記入欄	常務理事	事務長	係	係	資格	得	年	月	日
						喪	年	月	日

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者記入欄	被保険者証記号・番号	-				被保険者氏名	(フリガナ)
	被保険者住所	〒 連絡先 (自宅又は携帯) - -					
	(被扶養者の場合)療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			続柄	傷病名:	
	昭和・平成・令和 年 月 日生				発症または負傷年月日: 平成 年 月 日 令和		
	発症または負傷の原因およびその経過:						
	該当の傷病は業務によるものですか: いいえ・はい				該当の傷病は他人の行為によるものですか: いいえ・はい		
	振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)	
*被扶養者の方が療養を受けた場合でも、被保険者の方の口座をご記入ください							

施術者記入欄	初療年月日		令和 年 月 日		施術期間		自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		実日数	日	
	傷病名または症状						請求区分	新規・継続			
							転帰	継続・治癒・中止			
	施術内容欄	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘 要				
			右上肢	円 ×	回 =	円					
			左上肢	円 ×	回 =	円					
			右下肢	円 ×	回 =	円					
			左下肢	円 ×	回 =	円					
		変形徒手矯正術	右・左 上肢	円 ×	回 =	円					
			右・左 下肢	円 ×	回 =	円					
		温 罨 法	円 ×	回 =	円						
		温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円						
	往療料4kmまで	円 ×	回 =	円							
	加算 (km)	円 ×	回 =	円							
	費用合計				円						
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									
* 通院は○、往療は◎を記入してください											
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。										
	令和 年 月 日	住 所				あんま・マッサージ・指圧師 氏 名					
						電話番号					
同意記録	同意医師の氏名		住 所				同意年月日				
							令和 年 月 日				
傷病名					要加療期間						