

健康保険 被保険者 家族	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
家族

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	
													発症または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	昭和 平成 令和 年 月 日 生													
	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													
	施術した場所 (入居施設や住所の特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)													
	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														

領
収
書
貼
付
欄

はがれないようにしっかりと
のり または テープで貼り付けてください。

施 術 者 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																		実 日 数																				
		令和 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日																		日																				
		傷病名及び症状																		請求区分		新規 ・ 継続																				
																				転帰		継続・治癒・中止・転医																				
		施 術 料	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																																				
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	通所○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 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																〒		住 所																							
	免許登録番号																あん摩マッサージ指圧師																									
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																									