

健康保険 被保険者 証記号・番号	常務理事	事務長	係	係	資格	得	年	月	日
						喪	年	月	日

ご確認ください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 〇〇年 〇月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 証 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	〇	〇	〇	〇	—	△	△	△	△	△	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ
													健 保 太 郎
	被保険者 住 所	〒 〇〇〇 — △△△△ 連絡先 (自宅又は携帯) 〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇											
		東京都 △△区 △△ 〇 — 〇 — 〇											
	(被扶養者の場合) 療養を受けた者の 氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ					続柄	傷病名	脳出血による筋肉麻痺				
		健 保 花 子					母	発症または 負傷年月日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生												
	発症または負傷の原因およびその経過 :												
	脳出血による後遺症												
	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 (入居施設や住所地特例等、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)				
	〇〇〇	〇〇			普通	△△△△△△△			ケンボ タロウ				
	*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	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 内 容 欄	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																																								
			訪																																								
訪																																											
温電法																																											
温電法																																											
変形徒手 ※温電法																																											
特別地域																																											
往療料																																											
施術報告書交付料 （前回支給： 年 月 日）																																											
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																		〒 ー 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																						
																					令和 年 月 日																						
	傷 病 名		要加療期間																																								