

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

①令和××年××月分

被保険者が記入するところ	②被保険者等 記号・番号	××	××××	③事業所名 (会社名)	××××株式会社						
	④被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			⑤住所	〒×××-×××× 東京都××××× ×-×-× E-mail ××××@××.××.××					
	⑥療養を受けた 者の氏名	健保 花子			⑦生年 月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	××	××	××	⑧続柄	妻
	⑨傷病名又は 症状	筋肉麻痺				⑩発病又は 負傷年月日	☐ 平成 ☒ 令和	××	××	××	××
	⑪発病の原因 及び経過	脳出血による後遺症				⑫第三者 行為による ものですか	☐ はい ☒ いいえ (例)交通事故やけんか等				
	⑬被保険者 振込先口座	金融 機関名	×××銀行			支店名	新宿西			☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所	
	口座 番号	☒ 普通 ☐ 当座	NO.	×××××××	フリガナ 名義	ケンボ タロウ 健保 太郎					

あんま・マッ サージ師が 記入するところ	施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	自・令和	年	月	日	実日数	請求区分													
		至・令和		年	月	日	日			新規・継続												
		傷病名及び症状			転 帰					新規・継続												
		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)	継続・治療・中止・転医													
			施術回数	回	回	回	回	回	摘 要													
		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	円×		回＝		円															
		訪問施術料 3	円×		回＝		円															
(3人～9人)	円×		回＝		円																	
訪問施術料 3	円×		回＝		円																	
(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)	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																	
※温電法との併用は不可	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(前年)	円×	回＝		円																		
(前回支給: 年 月分)	円×	回＝		円																		
合 計	円		円		円																	
施術日	通所:○ 訪問1:①	月	1	2	3						4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	往料:◎ 訪問2:②		16	17	18						19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	訪問3:③																					
○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	上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。 令和 年 月 日																					
	住 所																					
	氏 名																					
同 意 記 録	電話番号	免許登録番号 _____																				
	保健所登録区分	1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者所在地																		
	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						令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日												

上記のとおり申請いたします。

提出日 令和 年 月 日

備考欄	
決定額	円
取得	平成 令和 年 月 日
喪失	平成 令和 年 月 日
決定日	令和 年 月 日

健保受付印
