

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被保険者の記号・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××××× ×-×-×		
	⑥療養を受けた者の氏名	健保 花子		⑦生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	×	×	×
	⑨傷病名又は症状	筋肉麻痺			⑩発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	NO. ×××××××	フリガナ	ケンボ タロウ			
				名義	健保 太郎			

あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	年 月 日	施術期間	自・令和 年 月 日 至・令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続																									
	傷病名及び症状	マッサージ(施術料)					継続・治療・中止・転医	転帰																									
		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)	円×	回=	円																														
※温罨法との併用は不可	円×	回=	円																														
特別地域(加算)	円×	回=	円																														
往療料	円×	回=	円																														
施術報告書(前月分)	円×	回=	円																														
(前回支給: 年 月分)	円×	回=	円																														
合計	円																																
施術日	通所:○ 訪問1:① 往料:◎ 訪問2:② 訪問3:③	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 _____ 電話番号 _____ 免許登録番号 _____																																
同意記録	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		住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																										
	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 ~ 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					
健保記入欄	決定額	円	資格	取得	平成 令和 年 月 日
	決定日	令和 年 月 日	資格	喪失	平成 令和 年 月 日

健保受付印
