

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】

※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入下さい。

被 保 険 者 情 報 ・ 申 請 内 容	被保険者等 記号・番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話（内線）	
	被保険者氏名	フリガナ			被保険者 生年月日	年 月 日
	住所 電話番号等	〒 電話番号 メールアドレス @				
	療養を受けた者の 氏名				療養を受けた者の 生年月日	年 月 日
発症または 負傷の原因				交通事故等で 第三者が原因か	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）		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間																実日数			請 求 区 分									
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日																日			新 規 ・ 継 続									
	傷病名及び症状																							転 帰									
																								継続・治癒・中止・転医									
	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 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） ※温罨法との併施は不可							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	訪問1①	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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
○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。 令和 年 月 日																保健所登録区分 〒 ー			1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地													
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師																住 所 氏 名 電 話																
同 意 記 録	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																				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。

委 任 状	☐ ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	←該当するものにチェック✓して下さい。		
	☐ ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	令和 年 月 日		
	被保険者 （申請者）	氏名		
	代理人 （実際に給付を受領する者）	氏名		

振 込 先 情 報	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店										支店番号		
	預金種別	普通 その他 当座 ()	口座番号								口座名義 (カタカナ)			

備 考	個人番号 （被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要）																受付日付印																
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。																																
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点																																
	☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。																																