

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】
被扶養者

※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 〇〇	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話（内線） 03-1234-5678 (999)
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
	住所 電話番号等	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話番号 090 (7891) 2345 メールアドレス 〇〇△△ @ 〇〇〇.ne.jp			
	療養を受けた者 の氏名	健保 花子	療養を受けた者 の生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日	
	発症または 負傷の原因	脳出血による後遺症		交通事故等で 第三者が原因か	いいえ
				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	この欄は、あんま師・マッサージ師に 記入を依頼してください。																														
		訪問施術料 2																															
	訪問施術料 3 (3人～9)																																
訪問施術料 3 (10人以上)																																	
温 罨 法 (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																												
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	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	
通所〇 訪問2②																																	
往療◎ 訪問3③																																	

〇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	〒 -	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	住所	あんまマッサージ指圧師			
	氏名	電話			
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。				令和 〇 年 〇 月 〇 日
	<input type="checkbox"/> 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。					
	被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎			
	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	支店	支店番号
	預金種別	口座名義 (カタカナ)	

任意継続被保険者・退職者以外は、
委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、
振込先情報欄にご記入ください。

備考	個人番号 (被保険者) ※マイナンバーを ①通知カードの写し ・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	受付日付印
	<input type="checkbox"/> 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。	