

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)

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号-番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇		被保険者の氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎				生 年 月 日 昭和 51 年 2 月 1 日 平成		年 齢 42 歳	
	被保険者 (申請者) の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇〇号		電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇							
施 術 内 容	事業所の名称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社		氏 名 健康 花子		生 年 月 日 昭和 51 年 3 月 2 日 平成 令和		被保険者からみた続柄 妻			
	医師の同意を受けた傷病名 脳梗塞		発病又は負傷の年月日 令和 3 年 1 月 5 日		業務上・外、第三者行為の有無 業務上である・第三者行為である・ その他					
支 払 金 融 機 関	銀行名 〇〇〇銀行		支店名または店名 〇〇支店		口座種別 普通 当座		口 座 番 号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		口座名義人(カタカナ) ケンコウ タロウ	
	初療年月日 令和 年 月 日		施術期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		美日数 日		請求区分 新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医 適 用			
傷 病 名 又 は 症 状	傷病名又は症状 マ ッ サ ー ジ		軀 幹		円×		回=		円	
			右上肢		円×		回=		円	
			左上肢		円×		回=		円	
			右下肢		円×		回=		円	
			左下肢		円×		回=		円	
	変形徒手矯正術		円×		肢×		回=		円	
	温 罨 法		円×				回=		円	
	温罨法・電光線器具		円×				回=		円	
	往療料 4kmまで		円×				回=		円	
	往療料 4km超		円×				回=		円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×				回=		円		
合 計								円		
一部負担金 (2割・3割)								円		
請 求 額								円		
施術日 通院○ 往療○		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						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		住所 令和 年 月 日		あんまマッサージ指圧師が記入する欄		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地				
免許登録記号番号		あんまマッサージ指圧師		氏名		電話:				
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		

(添付書類についての注意)※申請書は暦月を単位として作成してください。

(R7.2)

- ・領収書(原本)
 - ・医師の同意書(原本)※初回のみ(治療が継続する場合は6ヵ月ごとに提出してください)
 - ・往療状況確認表(往療状況(明細、理由等)が確認できる書類)※往療料を申請する場合のみ
 - ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書※初療の日から1年以上経過し、施術を受けた回数が月16回以上の場合のみ
- ※施術内容欄、施術証明欄は同様の様式がありましたら施術所作成のものを添付してください。

受付日付印