

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
(年 月分)

被 保 険 者 欄	被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日	
	事業所の名称					☎
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ)	続柄	男・女	○傷病名	
		(昭・平 年 月 日)			○発症又は負傷の原因及びその経過	
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。					
	申請年 月 日	申請者住所 (被保険者)		氏名 ⑤ ☎		
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、年 月 日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。					
	被保険者の住所 氏名	代理人の住所 (受領責任者) 氏名				⑤
◆任意継続および資格を喪失されている方の申請で、上の代理人に委任しない場合に記入してください。						
振込先 銀行 支店 普通口座番号 (フリガナ) 金融機関 当座 口座番号 名義人						

※1ヶ月ごとに記入してください

※添付書類：①領収書原本 ②6ヶ月ごとに医師の同意書の原本(変形徒手矯正術については毎月添付)
③施術報告書の写し(施術報告書交付料の申請がある場合のみ)

施 術 内 容 証 明 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日	日	新規・継続	
マ ッ サ ー ジ	傷病名又は症状				転 帰	
	マッサー	軀幹 円×	回=	円	摘 要	継続・治癒・中止・転医
		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・電気光線器具	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	円×	回=	円			
(前回支給： 年 月分)						
合 計					円	
施 術 日 通 院 往 料	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。		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			
年 月 日		住所				
免許登録番号 () あん摩マッサージ		氏名 ⑤ ☎				
免許登録番号 () 指圧師						
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	