

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 昭・平・令 年 月 日	
	事業所の名称	☎				○傷病名	
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ)		続 柄	○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載)		
		男・女			○発症又は負傷の原因及びその経過		
					○業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他()		
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。 年 月 日 申 請 者 住 所 (被保険者) セメント商工健康保険組合理事長 殿 氏 名 ☎						
※	受領について(どちらかに✓)		□事業所への委任払いを希望(委任状欄へ)		□個人口座への振込を希望(振込先)		
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。 年 月 日						
	被保険者の		住所 氏名		㊞		
	代理人の (受領責任者)		住所 氏名		㊞		
振込先	銀行		支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 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 年 月 日		施 術 期 間 自 年 月 日～至 年 月 日				実日数 日	請求区分 新規・継続	
	傷 病 名 及 び 症 状						転 帰 継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	軀幹 回	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 回	摘 要
	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 電 法		円×		回＝		円		
	温電法・電気光線器具		円×		回＝		円		
	変形徒手矯正術 ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 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 通所○ 訪問2② 往療○ 訪問3③		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					
○往療または訪問の理由 (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())									
上記のとおり施術を行いその費用を領収しました。 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			
免許登録番号 () あん摩マッサージ				住 所					
免許登録番号 () 指圧師				氏 名		㊞ ☎			
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	

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要となります。