

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  
( 〇年 〇月分)

被保険者欄	被保険者の	記号 9999	番号 9999	氏名 健保 太郎	生年月日 昭・平 〇年 〇月 〇日
	事業所の名称	〇〇〇〇セメント株式会社 〇〇-〇〇-〇〇〇〇			〇傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ) ケンボ タロウ		続柄 本人	〇施術した場所(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)
		健保 太郎 (男・女)			〇発症又は負傷の原因及びその経過 (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)
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。 〇年 〇月 〇日 申請者 住所 東京都〇〇〇〇〇〇 (被保険者) セメント商工健康保険組合理事長 殿 氏名 健保 太郎 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
※	受領について(どちらかに✓)		<input checked="" type="checkbox"/> 事業所への委任払いを希望(委任状欄へ) <input type="checkbox"/> 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、〇年 〇月 〇日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。 〇年 〇月 〇日 被保険者の 住所 東京都〇〇〇〇〇〇 氏名 健保 太郎 代理人の 住所 東京都渋谷区〇〇〇〇〇〇 (受領責任者) 氏名 〇〇〇〇セメント株式会社 山田 一郎				
振込先	銀行 支店 普通 口座番号 (フリガナ) 当座 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)

初療年月日	施術期間						実日数	請求区分	
	年	月	日	自	年	月			日
傷病名及び症状								転 帰	
マッサージ(施術料)								継続・治癒・中止・転医	
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		円×		回=		円	要		
温罨法・電気光線器具		円×		回=		円			
変形徒手矯正術		同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢			
※温罨法との併施は不可		施術回数	回	回	回	回			
特別地域( )		円×		回=		円	施 術 者 に 記 入 を お 願 い し て く だ さ い		
往 療 料		円×		回=		円			
施術報告書交付料		円×		回=		円			
(前回支給: 年 月分)									
合 計									
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 訪問2②									
往療 訪問3③									
月									
〇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。				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					
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