

健康保険

被保険者
家族

療養費 支給申請書

【2枚目の1】

あんま・マッサージ専用

(被保険者記入用)

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

※ 施術(受診)後、施術料の全額(10割)を支払い月ごとに申請してください。また、記入漏れがある場合は照会させていただくことになりますので、記入箇所はすべて記入してください。

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住 所	〒			—	都・道 府・県		
					電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称				事業所住所			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者欄には、被保険者の氏名等をご記入ください。

申 請 内 容	施術を受けた方	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		請求月分	年	月分	回目	
	家族の場合はその方の	氏 名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄 ()
	傷病名				発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年	月	日
	発病又は負傷の 原因及びその経過	※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。						
	※(外傷(ケガ)の場合 は負傷原因届出書を添 付のこと)	あんま・マッサージをを 受けることとなった経緯						
		治療の経過						
	施術を受けた施術所	名 称			施術者氏名			
		所 在 地						
	施術に要した費用の額	円			※ 領収書は必ず原本を添付してください。 ※ 領収書は返却しません。			
	施 術 期 間	年 月 日 から			年 月 日 まで	(日数 日)		
	施術日明細 ○をつけてください	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						
	往療がある場合にはその理由 (○をつけてください)	往療日 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						
施術期間が1年以上または月16日を越えた場合はその理由を詳しく記入のこと								
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間			
同意医師								

※ 医師の同意書の有効期限は6ヶ月です。6ヶ月ごとに同意を得て原本を添付してください。その間はこの欄に記載があれば省略できます。

※ 病院等で治療中の同一疾病の療養費は支給対象外となります。

振 込 先	金融機関	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他 ()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 被保険者(申請者)		

【ご注意ください】 被保険者以外の方へ振込みをする場合は委任状を添付してください。ただし、あんま・マッサージ施術に関する方への受領委任はできません。

..... 受付日付印

あんま
マッ
サー
ジ
指
圧
師
記
入
欄

患者氏名											生年月日	年 月 日																							
傷病名 又は症状																																			
初療年月日	年 月 日			請求区分	☐ 新規 ☐ 継続			転帰	☐ 治癒 ☐ 中止																										
施術期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			実日数	日		摘要																												
同意記録	氏名				同意書確認年月日				傷病名																										
同意医師																																			
施術内容	マッサージ	円×				局所×				回×				円																					
	変形徒手矯正術	円×				肢×				回×				円																					
	温電法	円×								回×				円																					
	温電法・電気光線器具	円×								回×				円																					
	往療料	円×								回×				円																					
	加算（ k m）	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	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																																	
療養の経過と 今後の見通し																																			
	【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																		
上記のとおり相違ありません。年 月 日																																			
あんまマッサージ指圧師																																			
住 所																																			
施術所所在地																																			
氏 名																																			
電話番号 （ ）																																			