

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用)  
被扶養者

【申請日】 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	法人名				事業所名				
	被保険者証の記号番号		記号	番号					
	被保険者の氏名 (申請者)		(フリガナ)			生年月日			
						<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
						<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所		郵便番号	-		電話番号(日中のご連絡先)			
					( )	-			
	被扶養者の氏名 (家族が受診した場合)		(フリガナ)			続柄	生年月日		
						<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
						<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
傷病名		発症又は負傷の原因及びその経過							
		<input type="checkbox"/> 業務によるもの <input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> その他							
発症又は負傷の年月日		年	月	日					
振込先 (被保険者名義)		金融機関名	支店名	種別	口座番号				
				<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通					
		口座名義(カナ)							

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分																								
		□令和 年 月 日		□令和 年 月 日 ~ □令和 年 月 日				日	新規・継続																								
		傷病名又は症状								転 帰																							
										継続・治癒・中止																							
		マッサー		同意部位	軀 幹	右上肢	右下肢	左上肢	左下肢	摘 要																							
				施術回数	回	回	回	回	回																								
		施 術 料	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																									
			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																									
			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																											
一部負担金(1割・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
施 術 証 明 欄	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 2. 主張専門施術者所在地																										
	令和 年 月 日				住所																												
	免許登録番号				あん摩・マッサージ指圧師		氏名																										
						電話																											
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																								
					令和 年 月 日																												

常務理事	事務長			

受付日付印