

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（あん摩・マッサージ用）

【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)				印		生年月日								
			☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 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								
									☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日								
傷病名						発症又は負傷の原因及びその経過											
						☐ 業務によるもの ☐ 第三者の行為によるもの ☐ その他											
発症又は負傷の年月日		年 月 日															
振込先		金融機関名				支店名				種別		口座番号					
										☐ 当座 ☐ 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											
		☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日			☐ 平成 年 月 日 ~ ☐ 平成 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											
		マ ッ サ ー ジ			軀 幹		円×		回=		円		継続・治癒・中止																				
					右上肢		円×		回=		円		摘 要																				
					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 電 法			円×		回=		円																								
		温 電 法 ・ 電 気 光 線 器 具			円×		回=		円																								
		往療料 2kmまで			円×		回=		円																								
加算 (km)			円×		回=		円																										
合 計									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 ⑩ 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																				
							☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日																										

常務理事	事務長			

受付日付印