

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			
			<input type="checkbox"/> 令和	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																										
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 4kmまで	円×	回=	円																											
往療料 4km超	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: 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		氏名																												
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