

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書（ R6年10月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	記号・番号	* - * * * *	事業所（会社名）	* * * * *	氏名No.	
	被保険者氏名	健保 太郎	所 属	* * * * *	* * * * *	
	発病又は負傷年月日	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過				
	令和 * 年 * 月 * 日	* * * * * * * * * * * * * * * * * *				
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	ケンボ タロウ	続 柄	業務上・外、第三者行為の有無	
			健保 太郎	本人	☐ 業務上 ☐ 第三者行為 ☒ どちらも該当しない ☐ その他（ ）	
			明・大・昭・平・令 * 年 * 月 * 日生		施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）	
	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を請求します。					
	〒 * * * * * - * * * 令和 * 年 * 月 * 日 申請者 住所 * * 市 * * 区 * * 町 * 一 * 申請書を記入した日付を記入してください（被保険者） 氏名（戸籍名） 健保 太郎 電話 * * * * - * * * * - * * * *					
	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。（任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入は不要、従業員の方は必ず記入してください） 令和 * 年 * 月 * 日 氏名（戸籍名） 健保 太郎					
振込先 ※任継・退職者 のみ記入	銀行	支店	口座番号 普通	口座名義（カナ）		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分																												
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続																												
	傷病名及び症状					転 帰																											
						継続・治癒・中止・転医																											
	施 術 料	マッサージ（施術料）	同意部位 施術回数	(軀 幹) 回	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 回	摘 要																								
		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 電 法（加算）		円 × 回 = 円																															
温電法・電気光線器具（加算）		円 × 回 = 円																															
変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 回																											
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																															
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																																
往療又は訪問の理由 ☐ 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 ☐ 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 ☐ その他（ ）																																	
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.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地																												
	令和 年 月 日		住 所																														
同 意 記 録	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		氏 名		電話																											
	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																													

【注意事項】申請書は暦月を単位として作成してください。

【添付書類】□領収書（原本）：全額自己負担額の記載、受療者氏名、施術日、領収印があるもの

【その他添付資料（該当する場合）】

- ☐医師の同意書（原本）：初回受療時および前回の同意から6か月が経過する毎に必要となります。
- ☐施術報告書（写し）：施術報告書交付料の申請を行う場合
- ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書