

支給決議書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	経理	扱者
	支給年月日	令和 年 月 日				
	支給額	百万 拾万 万 千 百 拾 円				
	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	資格 取得 喪失	年 月 日 年 月 日	扶養認定日 年 月 日

KW

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ用 第 回目)
被扶養者

令和 年 月 日提出

被保険者記入用 (1/2)

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号		事業所名称	業務の種類 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	
	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	住所	〒	都道 府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()	e-mail (任意)		
	療養を受けた者の氏名	被保険者との続柄 ()	療養を受けた者の生年月日及び年齢	昭和 年 月 日 令和 (歳)	
	傷病名		傷病又は負傷原因及びその経過		
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日			
	業務上の負傷ですか?	はい・いいえ	第三者行為によるものですか?	はい・いいえ	

振込先指定口座	金融機関名称 ※金融機関種別に○で囲んでください	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

あんま・マッサージ・指圧師記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

令和 年 月 日提出

あんま・マッサージ・指圧師記入用 (2/2)

初療年月日	施術期間	令和 年 月 日から					実日数	請求区分																								
		令和 年 月 日まで					日	新規・継続																								
負傷名 および症状							転 帰																									
							継続・治療・中止・転移																									
施術者記入欄	マッサージ (施術料)	同意部位	(軀 幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																								
		施術回数	回	回	回	回	回																									
	通所	円 × 回 =					円		※訪問または往療を必要とする 理由はこちらに記入ください																							
	訪問施術料1	円 × 回 =					円																									
	訪問施術料2	円 × 回 =					円																									
	訪問施術料3 (3~9人)	円 × 回 =					円																									
	訪問施術料3 (10人~)	円 × 回 =					円																									
	温罨法 (加算)	円 × 回 =					円																									
	温罨法・電気光線器具 (加算)	円 × 回 =					円																									
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(軀 幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
		施術回数	回	回	回	回	回																									
			円 × 回 =							円																						
	特別地域加算		250 円 × 回 =							円																						
	往療料 16kmまで		円 × 回 =							円																						
	施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)		円 × 回 =							円																						
費用額合計							円																									
施術日 (通所○, 往療◎, 訪問1 ① 訪問2 ② 訪問3 ③)	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
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。		令和 年 月 日		所在地		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																								
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号		施術所名称		()		氏 名		電話番号																								
同意記録	同意医師の氏名	住所及び医療機関名					同意年月日	傷病名	要加療期間																							

受付日付印

【 記入例2 】

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(令和〇年〇月分) (あんま・マッサージ師 第 〇 目)

被保険者氏名 宇藤 太郎

令和〇年〇月〇日提出 あんま・マッサージ師 指任書記記入用 (2/2)

初療年月日 令和〇年〇月〇日	施術期間 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	施術回数	施術回数	施術回数	施術回数	請求区分 新規 継続	
負傷名 および症状		脳梗塞 左片麻痺				転 帰	
マッサージ(施術料)		同意部位 (組 数)	1 左上肢	1 右上肢	(右下肢)	(左下肢)	
通所		施術回数	▲ 回	回	回	▲ 回	
訪問施術料1		円 × 回 =		円		※訪問または往療を必要とする 理由はこちらに記入ください	
訪問施術料2		円 × 回 =		円			
訪問施術料3(3~9人)		円 × 回 =		円			
訪問施術料3(10人~)		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 (組 数)	回	回	回		回
特別地域加算		250 円 × 回 =		円			
往療料 16kmまで		円 × 回 =		円			
施術報告書交付料 (前回支給令和〇年〇月分)		●●●●	円 ×	▲ 回 =	●●●●		円
費用額合計							

施術日(施術所、往療所、訪問1、訪問2、訪問3) 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

保険所登録区分 1 1. 施術所所在地 2. 出発専門施術者住所地

上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。

令和 年 月 日 所 在 地

あんま・マッサージ・指匠師 免許登録番号 施術所名称

() 氏 名

電話番号

同意医師の氏名 宇藤 医師	住所及び医療機関名 東京都品川区五反田●-●-● △△△院	同意年月日 ●●●●	傷病名 脳梗塞 左片麻痺	要加療期間 令和〇年〇月〇日~ 令和〇年〇月〇日
-------------------------	---	----------------------	----------------------------	--

受付日付印

この用紙は、あんま・マッサージ師にご記入いただいております。

必用書類

1. 療養費支給申請書
 2. 施術所で発行された、施術内容の明細付の領収書(原本)
 3. 医師の同意書
- * ご提出いただいた領収書の返却はできません