



## 健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

年 月 分 第 回目

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○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																															
	—		年 月 日																																	
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無 ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )																															
		男・女	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、保険証住所地と異なる場合に記載）																														
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 内 容 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	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )																													
			施術回数	回	回	回	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																														
一部負担金（1割・2割・3割）						円																														
請 求 額						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																																			
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. 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														〒		所在地																			
	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																			
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																																			
	なお、この療養費の受領を 殿 に委任します。 令和 年 月 日 (被保険者) 氏名 不二サッシ健康保険組合理事長 殿																																			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)

備考欄

添付書類：①領収書原本(コピー受付不可)

②初回申請は、医師の同意書を必ず添付。2回目以降は、同意記録欄に記載あれば添付省略可。