

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			○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）																																
明・大・昭・平・令 年 月 日生																																					
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	(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																																					
		月																																			
		○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																																				
不二サッシ健康保険組合理事長 殿																(被保険者) 氏名																					

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。