

健保記入欄	療養費金額	円	支給金額
	自己負担額	円	円
	健保負担額	円	

担当	事務長	常務理事
----	-----	------

(秘密)

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		発病又は負傷年月日		傷病名	
	記号	番号	年 月 日			
	被保険者氏名		続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
	受診者氏名		印	男・女	下記の1~3に○を付ける	
	昭・平 年 月 日生				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分					
	平・令 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続					
	傷病名又は症状					転 帰					
						継続・治癒・中止・転医					
	施 術 内 容 欄	マ ッ サ ー ジ		躯 幹	円×	回=	円				
				右上肢	円×	回=	円				
				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 罨 法			円×	回=	円				
		温罨法・電気光線器具			円×	回=	円				
		往療料 2kmまで			円×	回=	円				
		加算 (km)			円×	回=	円				
	合 計					円					
施術日 通院○ 往療○		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									
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		令和 年 月		あんま・マッサージ指圧師 住所		保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地				
施術者登録番号		氏名		印 TEL() -							
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						

[注意事項]

- 発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。
- 退職後の保険加入の方は、保険料の振替口座への入金となります。

[添付書類]

- 治療(施術)費の領収書(原本)
- 医師の同意書(初回受診時)

[記入上の注意]

- 摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
- 初療の日から3か月を経過した時点における同意書(変形性徒手矯正術の場合を除く)については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、医師に確認の上同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を同意記録欄に記入して下さい。

