

健 保 記 入 欄	受 付 日	年	月	日	計 算 式			
	資格取得日	年	月	日				
	資格喪失日	年	月	日				
	被扶養者認定日	年	月	日				
	療養費金額				円	課 長	投 入	処理月
	健 保 負 担	7割	8割	9割				
	支 給 額				円			
	支 給 日	年	月	日				



## 被保険者 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

### 被扶養者

下記の通り 療養費の支給を申請します。

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(医師の同意を受けた傷病名)		
	記号	番号	年 月 日				
	(フリガナ)		続柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
	施術を受けた者の氏名		男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他( )			
		年 月 日 生	業務上・外、第三者行為の有無				
			1. 業務上      2. 第三者行為である      3. その他				
(フリガナ)		〒					
申請者(被保険者氏名)		印		住所			
		年 月 日 生	電話				
※任意継続被保険者又は資格喪失者のみ記入		振込先	銀行名	支店名	支店番号	普通貯蓄	

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		
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 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	軀 幹	円×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 年 月 日
				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 4kmまで		円×		回=	円	往療を必要とした理由
		往 療 料 4km超		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。		保険所登録区分	1. 施術所所在地 2.出張専門施術者所在地			
		年 月 日		所在地				
		免許登録番号		施術所名				
		あんま・マッサージ指圧師		施術管理者名	印 電話			
		同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要加療期間		
				年 月 日				

<記入にあたっての注意事項>

□同意記録は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

- 医師の同意書原本(初回受診時)    □施術報告書写し    □往療状況確認表    □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書