

## 健康保険

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

年 月 分 第 回目

※領収書原本、初療（初診）の場合は医師の同意書を添付してください。※医師の同意書は6か月ごとに必要です。変形徒手矯正術については1か月です。  
※同時に同疾病の治療を医療機関で行なうことはできません。行なっている場合は支給対象外となります。  
※鍼灸師等への受領委任制度による支払いを行なっておりません。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所名				
	フリガナ			生 年 月 日				
	被保険者氏名			昭和・平成	年	月	日	
	フリガナ			生 年 月 日				
	受診者氏名			昭和・平成	年	月	日	
	被保険者住所	〒			連絡先	電話番号	— —	
					携帯番号	— —		
	傷病名			発病又は負傷の年月日				
	発病または負傷の原因及びその経過						第三者行為によるもの ある ・ ない	
	傷病の経過							
施術を受けたところ	名称			住所				
	施術者							
振込先 被保険者名義	銀行	本・支店		種別	口座番号	公金口座を利用 する・しない		
あんま マッサージ師記入欄	初療年月日	年 月 日		実日数	請求区分			
	施術期間	年 月 日～ 年 月 日		日	新規	継続		
	傷病名又は症状				転帰 継続・治癒・中止・転移			
	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×	回=	円				
	温電法	円×	回=	円				
温電法・電気光線器具	円×	回=	円					
往療料	4 kmまで	円×	回=	円				
	4 km超	円×	回=	円				
上記費用の合計金額				円				
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	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				
施術証明欄	上記の通り施術を行ないました。			年 月 日				
	あんま マッサージ師 氏 名			住所				
	免許証登録番号			電話				
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷病名		要加療期間	
				年 月 日			～	

事業主記入欄	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 —  ( )

社会保険労務士記入欄	
※健保組合記入欄	
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支 給 額	円

受付印

2023年4月改定