

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】

被保険者（申請者）・申請内容	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	氏名（自署）	フリガナ							
	申請者住所 電話番号等 （日中の連絡先）	〒 電話（ ）							
	療養を受けた者の氏名				療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発症・負傷の原因 およびその経過				交通事故等 第三者が原因ですか	いいえ ・ はい			

施術内容欄	初療年月日		施術期間														実日数	請求区分															
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日														日	新規 ・ 継続															
	傷病名または症状																	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																								
			施術回数	回	回	回	回	回																									
			通所	円 ×		回 =																											
			訪問施術料1	円 ×		回 =	摘 要																										
			訪問施術料2	円 ×		回 =	円																										
			訪問施術料3（3～9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																											
	円 ×			回 =	円																												
	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																												
施術日																																	
通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	月	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
往療または訪問の理由		1. 独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独歩による外出困難 3. その他（ ）																															
施術証明書	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		登録記号番号（申し出た施術者登録番号）		施術所 所在地 名 称		電話																										
				施術管理者 氏 名																													
備考																																	
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																

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は☑、希望しない場合は下記に記入）						
	金融機関名称	銀 行 信用金庫				本店 支店	支店番号
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		口座名義 （カタカナ）	

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	1. 医師の同意書（初回と6ヵ月に一度は必ず必要） 2. 領収書（原本） 3. 施術報告書の写し ※施術報告書交付料が含まれる場合。	

受付日付印