

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]

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号番号	記号	コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																							
	被保険者 氏名	フリガナ																														
	被保険者 住所	〒																														
	事業所名				部署名																											
	受診者	フリガナ	被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																								
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日																							
	発病の原因および経過																															
	交通事故等 第三者が原因	いいえ ・ はい			第三者が原因の 場合はその状況																											
施術者が記入するところ	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																											
	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 罨 法（加算）	円×		回＝		円																									
		温罨法・電気光線器具（加算）	円×		回＝		円																									
		変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	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																											
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																															
○往療又は訪問の理由（ 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	施術所															〒															
同意記録	同意医師の氏名	住 所															同意年月日	傷 病 名														
																	令和 年 月 日															
振込先情報	振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認																															
健保記入欄	支給額	円																														

令和 年 月 日提出
受付日付印