

記入例

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	10				コーポレートID	12345678				生年月日	昭和												
		番号	1234					平成	令和 47 年 10 月 12 日																
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ																							
		健保 太郎																							
	被保険者 住所	〒105-0023 東京都港区芝浦1-2-3 電 話 03 （ 1234 ） 5678																							
	事業所名	〇〇〇〇株式会社										部署名	△△△△部署												
	受診者	フリガナ	ケンポ タロウ				被保険者 との続柄	本人	生年月日	昭和															
		健保 太郎				平成				令和 47 年 1 月 1 日															
	傷病名	関節が痛む										発病または 負傷年月日	平成	令和 1 年 5 月 22 日											
発病の原因および経過		わからない																							
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												
	施術料	マッサージ（加算）				この欄は、あんま・マッサージ師等に記入を依頼してください。																		摘 要											
		通所																																	
		訪問施術料 1																																	
		訪問施術料 2																																	
		訪問施術料 3																																	
		訪問施術料 3																																	
	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																	
					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	訪問1①	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		
通所〇	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										〒				所在地														
	登録記号番号										施 術 所				名 称				氏 名 電話										

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											

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	令和 年 月 日提出 受付日付印									
													円									

〒105-0023
東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階
シミックグループ健康保険組合 宛