

健康保険

被保険者
家族

療養費

支給申請書(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	記号	番号	氏名 (フリガナ)	
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 内線
会社名 事業所 所属	年 月 日 () ()			
※退職者の方は住所をご記入ください。				

申 請 内 容	療養を 受けた方	氏名 (フリガナ)	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者 との続柄
	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	傷病名	発病または 負傷の原因	
	傷病の事由	<input type="checkbox"/> 1. 業務上 <input type="checkbox"/> 2. 通勤途上 <input type="checkbox"/> 3. 交通事故など第三者による行為 <input type="checkbox"/> 1.2.3.以外の事由			

施 術 者 記 入 欄	傷病名または症状	転帰	継続・治癒・中止・転医				
	初療 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	施術 期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 から <input type="checkbox"/> 令和 まで	実日数 日		
	施術日 通院○ 往療◎	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和	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				
	施 術 内 容 欄	マ ッ サ ー ジ	躯 幹	円×	回=	円	摘 要 * 往療を必要とした理由、施術に関 する特記事項等を記入ください。
		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				
往療料 4km超	円×	回=	円				
施術報告書交付料(前回支給: 年 月)	円×	回=	円	施術報告書交付料を請求する場 合は、「施術報告書」の写しを添付して ください。			
費用合計			円				
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		令和 年 月 日	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所者住所地			
免許登録番号	あんま・ マッサージ 師	住所	氏名	TEL	()		

同 意 記 録 欄	※2回目以降の請求については、下記事項を記入ください。(初療の日から6か月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、医師の同意書を添付してください。)				
	同意医師の氏名	所在地	同意年月日	傷病名	要加療期間
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印