

記入例

被保険者 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) ケンポ タロウ
	被保険者証の (左づめ)	1 2	1 2 3 4 5 6	健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 〇〇〇〇 ()
会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			※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) ケンポ ハナコ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	妻
	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	発病名	関節拘縮	発病または 負傷の原因	不明	
	発病または 負傷年月日	元 年 5 月 5 日	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 checked="" type="checkbox"/> 1.2.3.以外の事由			

施術者記入欄	傷病名または症状	関節拘縮		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 checked="" type="checkbox"/> 令和	元 年 5 月 6 日	施術期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0 1 0 5 0 6 から 令和 0 1 0 5 3 1 まで	
	実日数	5 日					
	施術日 通院〇 往療〇	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	元 年 5 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			
	施術内容欄	マッサー	躯 幹	240 円×	5 回=	1,200 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	240 円×	5 回=	1,200 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		80 円×	5 回=	400 円			
温 罨 法・電気光線器具		円×	回=	円			
往療料	4kmまで	2,300 円×	5 回=	11,500 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	14,300 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 元 年 5 月 30 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	40002530136	あんま・ マッサージ 師	住所	福岡市〇〇区△△2-3-5			
氏名	福沢 一郎		TEL	092 (761) 3333			

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