

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

1 2 被保険者(申請者)記入用

令和 年 月 日 提出

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	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	年 月 日
住所	(〒)	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。				

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)			
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日		令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。(該当の場合、必ず健保へご連絡ください) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (原因および経過)			
	5 施術した場所 (健保に届出している住所と 異なる場合記載)				

注) 1. 添付書類 ・医師の同意書(原本) **初回及び再同意時**
・施術報告書(6か月更新)
・領収書(原本)

2. 毎月ごとに申請してください。

「施術者記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

1

2

施術者(あんま・マッサージ指圧師) 記入用

6 初療年月日	(令和) 年 月 日	申請区分	新規 ・ 継続
7 施術期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
8 傷病名及び症状詳細	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医		転帰

施術者(はり師・きゅう師) 記入欄

施術内容欄	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	
マッサージ							
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) ※温電法との併術は不可	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	
費用総額						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	月																															

施術証明欄	往療又は訪問の理由	1. 独歩による公共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徒歩による外出困難 3. その他 ()			
	上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。	保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所		
	(令和) 年 月 日	住所 (所在地)			
	免許登録番号	あんま・マッサージ指圧師	氏名		
			電話 ()		
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療機関

決定年月日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日
支給決定金額	円
常務理事	事務長 担当者

支払済印	受付日付印
------	-------