

健康保険 被扶養者 療養費支給申請書  
(あんま・マッサージ用)

常務理事	事務長	担当者

支給決定日	支給額
	円

下記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

申請日 令和 年 月 日

被保険者 記入欄	令和 年 月療養分	所属事業所										
	被保険者名 印	被保険者番号	28 -									
	療養を受けた者 氏名	生年月日	年 月 日									
	傷病名	被保険者との続柄										
	発症・負傷の原因及び経過	発病又は負傷年月日	年 月 日									
	施術した場所(入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載)	第三者の行為での負傷ですか はい・いいえ										
本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 令和 年 月 日 (被保険者氏名) 印												
あんま師・マッサージ師 記入欄	初療年月日	施術期間				実日数	請求区分					
	令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 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 内 容 欄	マッサージ(施術料)	同意部位 施術回数	(躯幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要			
		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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
通所○	訪問2②	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
往療◎	訪問3③	月 21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
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	住所				免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 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								

■暦月ごとに、この申請書に記入してください。

■添付書類は、領収証(原本)と医師の同意書です。(2回目以降の申請の場合、同意書の有効期間内は添付を省略できます。)