

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
記入例		

1ヵ月単位で記入、
提出してください。

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 令和〇年〇月〇日

被保険者 記入欄	令和〇年〇月療養分		所属事業所		〇〇営業所								
	被保険者名	中工 太郎	被保険者号	28 - 99999									
	療養を受けた者	氏名	中工 花子	生年月日	〇年〇月〇日								
	傷病名	〇〇〇〇		被保険者との続柄	妻								
	発症・負傷の原因及び経過	〇〇〇〇		発病又は負傷年月日	〇年〇月〇日								
	第三者の行為での負傷ですか はい・いいえ												
	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)												
	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 令和〇年〇月〇日 (被保険者氏名) 中工 太郎												
	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 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						
		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	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
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。		令和 年 月 日		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地						
	住所		住所		住所		住所						
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師 氏 名		電 話		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。)