

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	経理M	給付M	担当者	特記事項
	支給対象	本人・家族（高・就前）			給付種別	新規・継続	
	対象者資格取得日	昭平令	年	月	日	対象者資格喪失日	令和 年 月 日
	施術回数	回			支給決議額	円	

健康保険 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 記 入 欄	①提出日	令和 年 月 日	②事業所名				
	③記号		④番号		⑤被保険者氏名		
	⑥対象者氏名				⑦連絡先電話番号		
	⑧傷病名				⑨発病・負傷年月日	平成・令和	年 月 日
	⑩傷病の原因及び経過						
	⑪負傷の原因は、交通事故、業務上若しくは通勤の行き帰りで発生したものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	⑫委任状 ※退職者も必ず署名すること。 この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名				⑬退職者振込先口座		
	銀行名			支店名			
	口座番号			口座名義			

施 術 者 記 入 欄	初療日	平成・令和 年 月 日	施術機関	令和 年 月 日～令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	施術日（通院○往療◎）	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							
	傷病名						転帰	継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	(躯幹)	円	×	回	=	円	摘要	
		(右上肢)	円	×	回	=	円		
		(左上肢)	円	×	回	=	円		
		(右下肢)	円	×	回	=	円		
		(左下肢)	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	(右上肢)	円	×	回	=	円		
		(左上肢)	円	×	回	=	円		
		(右下肢)	円	×	回	=	円		
		(左下肢)	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	(前回交付： 年 月)					円			
合計						円			
一部負担金（1割・2割・3割）						円			
請求額						円			
施術証明書	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								
	あん摩マッサージ指圧師 住所		氏名		電話番号 ()				
同意 記録	同意医師氏名	住所		同意年月日		傷病名	要加療期間		
					令和 年 月 日				

事 業 主 記 入 欄	上記の通り相違ありません。（所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。） 令和 年 月 日						
	事業主 所在地：						
	名称：						
	氏名：						電話：