

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用) 1 / 2  
被扶養者

令和 年 月分

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話	〒 日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )				

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
		被扶養者 (家族)の 氏名	被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	傷病名	発病または負傷の年月日		令和 年 月 日		
	発病または 負傷の原因	他人の行為によるものですか			1. はい 2. いいえ	
	経過					

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※どちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	銀行名	支店名	支店コード	預金種別	
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座	
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(°)は1文字としてご記入ください。)			

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 氏名	印 ※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人 (口座名義人) 住所 〒 氏名	印 被保険者との関係

受付日付

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

患者氏名																																					
初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	新規	・	継続	転帰	継続	・	治癒	・	中止																							
施術期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	実日数	日																									
傷病名または症状												摘 要																									
マ ッ サ ー ジ	軀幹	円×									回=	円																									
	右上肢	円×									回=	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 (加算) ※温罨法との併施は不可	右上肢	円×									回=	円																									
	左上肢	円×									回=	円																									
	右下肢	円×									回=	円																									
	左下肢	円×									回=	円																									
温罨法 (加算)		円×									回=	円																									
温罨法・電気光線器具 (加算)		円×									回=	円																									
往療料	4 kmまで		円×								回=	円																									
	4 km超		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 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					
施 術 証 明	上記の通り施術を行い、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																								
	免許登録番号 _____											住所	_____																								
	_____ あん摩マッサージ指圧師											氏名	_____																								
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		要加療期間																												
	平成 令和		年	月	日																																

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。