

健康保険 被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

1 / 2

※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、ご本人による署名または押印が必要です。

令和 年 月分

|                            |                |                   |            |        |                         |                                   |  |
|----------------------------|----------------|-------------------|------------|--------|-------------------------|-----------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者<br>記号・番号  | 記号                | 番号<br>(枝番) | 事業所の名称 | 会社名                     |                                   |  |
|                            | 被保険者の<br>氏名と印  | ※自署の場合は捺印省略可<br>㊞ |            |        | 生年月日                    | 1. 昭和<br>2. 平成 年 月 日 生まれ<br>3. 令和 |  |
|                            | 被保険者の<br>住所・電話 | 〒                 |            |        | 日中連絡が取れる電話番号<br>TEL ( ) |                                   |  |

|                  |               |                                                                                                                                                    |                                 |                       |                                   |  |
|------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--|
| 申<br>請<br>内<br>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。<br><input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) |                                 |                       |                                   |  |
|                  |               | 被扶養者<br>(家族)の<br>氏名                                                                                                                                |                                 | 被扶養者<br>(家族)の<br>生年月日 | 1. 昭和<br>2. 平成 年 月 日 生まれ<br>3. 令和 |  |
|                  | 傷病名           |                                                                                                                                                    |                                 | 発病又は<br>負傷年月日         | 令和 年 月 日                          |  |
|                  | 発病又は<br>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            |                                                                                                                                                    |                                 |                       |                                   |  |
| 施術した場所           |               |                                                                                                                                                    | ※施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載 |                       |                                   |  |

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           |  |  |  |                                                          |  |  |  |     |  |  |  |       |  |                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|-------|--|----------------|--|
| 振<br>込<br>先<br>指<br>定<br>口<br>座                                                                                                                                                                | 【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。) |  |  |  |                                                          |  |  |  |     |  |  |  |       |  |                |  |
|                                                                                                                                                                                                | 銀行名                                                                                                       |  |  |  |                                                          |  |  |  | 支店名 |  |  |  | 支店コード |  | 預金種別           |  |
|                                                                                                                                                                                                | 銀行                                                                                                        |  |  |  |                                                          |  |  |  | 支店  |  |  |  |       |  | 1. 普通<br>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。) |  |  |  |     |  |  |  |       |  |                |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           |  |  |  |                                                          |  |  |  |     |  |  |  |       |  |                |  |
| <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。(利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)<br>注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。<br>※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。 |                                                                                                           |  |  |  |                                                          |  |  |  |     |  |  |  |       |  |                |  |

|             |                             |      |    |                 |          |
|-------------|-----------------------------|------|----|-----------------|----------|
| 委<br>任<br>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   | ㊞  | ※住所は「被保険者情報」と同じ |          |
|             | 代理人<br>(口座名義人)              | 住所 〒 | 氏名 | ㊞               | 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。

(あんま師・マッサージ師記入用) 2 / 2

※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、施術者による署名または押印が必要です。

|                                                                               |                                     |                            |   |           |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|---|-----------|---|---------|---|---------|---|---------|------|---------|----------|----------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|---|--|---|--|----|--|-----|--|--|---|--|--|
| 患者氏名                                                                          |                                     |                            |   |           |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| 初療年月日                                                                         |                                     | 平成<br>令和                   |   |           | 年 |         | 月 |         | 日 |         | 請求区分 |         |          | 新規       |                         |    | 継続 |    |    | 転帰 |    |    | 継続 |     |    | 治癒 |    |    | 中止    |    |    | 転医 |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| 施術期間                                                                          |                                     | 令和                         |   |           |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    | 年  |    | 月   |    | 日  |    | から |       | 令和 |    | 年  |    | 月 |  | 日 |  | まで |  | 実日数 |  |  | 日 |  |  |
| 傷病名及び症状                                                                       |                                     | 摘 要                        |   |           |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| あんま師・マッサージ師が記入するところ                                                           | 施術料                                 | マッサージ（施術料）                 |   | 同意部位      |   | ( 軀 幹 ) |   | ( 右上肢 ) |   | ( 左上肢 ) |      | ( 右下肢 ) |          | ( 左下肢 )  |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
|                                                                               |                                     |                            |   | 施術回数      |   | 回       |   | 回       |   | 回       |      | 回       |          | 回        |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
|                                                                               |                                     | 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 |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
|                                                                               |                                     | 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）<br>※温電法との併施は不可 |   | 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<br>（前回支給： 年 月分）   |   | 円 × 回 = 円 |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
|                                                                               |                                     | 明細書発行加算                    |   | 円 × 回 = 円 |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| 合 計                                                                           |                                     | 円                          |   |           |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| 施術日<br>通所○<br>往療◎                                                             | 訪問1①<br>訪問2②<br>訪問3③                | 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 |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| ○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                                                                          | 上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。<br>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<br>氏名 |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
|                                                                               | TEL ( )                             |                            |   |           |   |         |   |         |   |         |      |         |          |          |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |       |    |    |    |    |   |  |   |  |    |  |     |  |  |   |  |  |
| 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  |   |         |   |         |   |         |      |         |          | 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。