健康保険　被保険者・家族　療養費支給申請書（令和　　年　　月分）（あん摩・マッサージ）

被保険者欄

被保険者証の記号番号	―	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日	平成 令和	年	月	日
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者住所及び電話番号	〒								
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		電話　（　　）								
所属部署及び電話			電話　（　　）								
施術を受けた者の氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日	医師が同意した傷病名		業務上・外 第三者行為の有無	1．業務上である 2．第三者行為である 3．上記にあてはまらない						
発病又は負傷の原因及びその経過				医師の同意年月日	令和	年	月	日			
同意医師の氏名		住所		要加療期間							

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規　・　継続
傷病名または症状			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	
変形徒手矯正術		円 ×	肢 × 回 ＝	円	
温　罨　法		円 ×	回 ＝	円	
温罨法・電気光線器具		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(前回支給　年　月分)		円 ×	回 ＝	円	
費　用　額　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

免　許　登　録　番　号

あん摩マッサージ指圧師

保健所登録区分	1.施術所所在地　2.出張専門施術者所在地
所　在　地	
施術所名	
施術者名	電話

＜記入にあたっての注意事項＞
二重線枠内（「施術内容欄」及び「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
ただし、別途、施術管理者が同様の書式の書類を作成したものを添付する場合は、二重線枠内への記入は不要です。

＜添付が必要な書類＞
□医師の同意書原本（初療または再同意時は原本必須、有効期限内は写し可）
□施術報告書（写し）　□領収書（原本）　□往療状況確認表

令和　　年　　月　　日 提出

受付日付印

支払金融機関

銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店								
支店番号			預金種別	口座番号（右づめ）							
			普通・当座								
口座名義（カタカナ）											

※原則として給与振り込み口座へのお振込みとなります。

・1か月以内に給与口座を変更した方
・資格を喪失した方
のみ、支払金融機関をご記入下さい。

マルハン健康保険組合