

健康保険 **被保険者**・家族 療養費支給申請書（令和〇年〇月分）（あん摩・マッサージ）

被保険者証の記号番号	1 - 7777	被保険者氏名	フリガナ ケンボ ジロウ 健保 次郎	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
住所	〒〇〇〇-△△△△ 東京都台東区松が谷●-●-●-▲▲▲			電話番号	××× - ×××× - ××××			
療養を受けた者の氏名	フリガナ ケンボ ジロウ 健保 次郎	続柄	本人	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発病又は負傷年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	発病又は負傷の原因及びその経過 筋萎縮性側索硬化症による四肢の筋力低下、嚥下障害。			
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. その他 ( )							
施術した場所	〇〇ホーム ～～県〇〇市▽▽町※※番地							

同意医師の氏名	住所	傷病名	同意年月日	要加療期間
健康 花子	～～県〇〇市??町##番地	筋萎縮性側索硬化症	令和 年 月 日 0 6 1 0 0 1	未定

初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続																																																																																																						
傷病名及び症状						転 帰																																																																																																							
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 )	継続・治療・中止・転医																																																																																																						
	施術回数	回	回	回	回	回	摘 要																																																																																																						
通所	円 × 回 = 円																																																																																																												
施術内容欄	<p>施術者が記入をする欄です。</p> <p>被保険者は記入をしないで下さい。</p>																																																																																																												
往療料	費用額合計 円																																																																																																												
施術報告書	<table border="1"> <tr> <td>施術日</td> <td>訪問1①</td> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>通所</td> <td>訪問2②</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>往療</td> <td>訪問3③</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							施術日	訪問1①	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	通所	訪問2②																																	往療	訪問3③																																
施術日	訪問1①	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																																																																												
通所	訪問2②																																																																																																												
往療	訪問3③																																																																																																												
◆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（ ））																																																																																																													
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	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																																																																																																											
令和 年 月 日	所在地																																																																																																												
免許登録番号	施術所名																																																																																																												
	あん摩マッサージ指圧師	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）

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	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。
	支店番号	預金種別	口座番号（右づめ）
	普通・当座		<input type="checkbox"/> 給与振込口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 左記口座を利用します。
口座名義 (カタカナ)	※指定がない場合は、給与振込口座への振込となります。 ※1か月以内に給与口座を変更した方、申請時点で資格喪失している方は、支払金融機関をご指定ください。		