

伺い年月日		年 月 日								
資格	取得	年 月 日		被扶養者資格	常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	担当者
	喪失	年 月 日		有 ・ 無						
該当条文		法第87条 ・ 法第110条								
支出決議書	算出基礎				支給額					
	種別		費用の額	決定点数	法定給付					
					付加給付					
一部不支給		期間	年 月 日 ～ 年 月 日		回数	回	理由			

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

被保険者欄	○被保険者等記号番号				事業所名称																												
	—																																
	被保険者氏名	(フリガナ)			療養を受けた者の氏名	(フリガナ)																		続 柄									
		男・女				男・女																											
		昭・平・令 年 月 日生				昭・平・令 年 月 日生																											
	○発病又は負傷年月日				○業務上・外、第三者行為の有無																												
	年 月 日				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他()																												
○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過				○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																													
施術内容欄	初療年月日		施 術 期 間												実日数		請 求 区 分																
	() 年 月 日		自 年 月 日～至 年 月 日												日		新 規 ・ 継 続																
	傷病名及び症状																転 帰																
																	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医																
	施術料	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																							
				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																													
		訪問施術料 3(10人以上)		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		同意部位 施術回数	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
			回	回	回	回																											
	特 別 地 域(加算)		円× 回＝ 円																														
	往 療 料		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		訪問1①																														
通所○ 訪問2②																																	
往療◎ 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())																																	
施術証明欄	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.出張専門施術者住所地																	
	年 月 日													〒 —																			
	免許登録番号													住 所		氏 名 電話																	
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。													〒 —																			
	年 月 日													申請者 住所		氏名 電話																	
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										
													年 月 日																				