

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		2割 ・ 3割						
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		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	○被保険者資格の記号番号				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 昭・平・令 年 月 日生 歳				男・女 昭・平・令 年 月 日生 歳																											
	○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(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)																													
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) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																							
		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) ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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 (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 訪問1①		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		月																															
○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。 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 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												住所 氏名 電話																				
	静岡県信用金庫健康保険組合 殿												(被保険者)																				
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																				