

保険者欄	支給期間	年 月 日 ~	決裁印欄			資格	取得	年 月 日	支給決定額
		年 月 日 日間					喪失	年 月 日	

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号		事業所の名称	所在地		被保険者の氏名		生年月日		電話番号		
						昭和 平成		年 月 日				
	被保険者の住所		〒		療養が被扶養者に関するとき		受診者氏名		生年月日		被保険者との続柄	
							昭和 平成		年 月 日			
	傷病名				発病または負傷年月日		昭和 平成		年 月 日		業務によるものですか はい・いいえ	
	発病または負傷の原因及びその経過										第三者行為によるものですか はい・いいえ	
	振込希望口座		銀行 信金 信組 農協		本店 出張所 支店 営業部							
	*任意継続者・給与口座以外の方		口座名義人 カタカナで記入		口座番号		預金種別		1. 普通			

あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分	転帰
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日	新規・継続	継続・治癒・中止
	傷病名								
	あんま・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 ×	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					
費用額計				円					
施術日 通院○・往療◎		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							
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		平成 年 月 日							
あん摩マッサージ指圧師 住所		氏名 電話番号							
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
				平成 年 月 日					

*記入上の注意

1. 施術を受けるごとに発行される領収書(原本)をすべて添付してください。
2. 暦月ごと・受診者ごとにつき1枚、この申請書に記入してください。
3. はじめてかかった時の請求であるときは、「医師の同意書」を添付してください。
4. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。