

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)
被扶養者

平成 年 月 分

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	—				事業所名称					
	被保険者 氏名・捺印	ワカナ				住所					
	療養を受けた 者の氏名						生年 月日	昭・平	年	月	日
	傷病名					発病又は負傷	平成	年	月	日	
	発病の原因 及び経過					業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他					
	被保険者 振込先口座	預金の種類	金融機関名			銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所				
		口座番号				口座名義 カナ					
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		
					平成	年	月	日			

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	初療年月日	施術期間	自・平成	年	月	日	実日数	請求区分	
			至・平成	年	月	日			日
	傷病名または症状						転帰		
							継続・治癒・中止		
	マッサージ	軀幹		円×	回=	円			
		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		
	温電法			円×	回=	円			
	温電法・電気光線器具			円×	回=	円			
	往療料	2 km まで		円×	回=	円			
加算	(km)		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								
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			
	平成 年 月 日					1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地			
	住所 氏名 電話番号			〒	免許登録番号				

上記のとおり申請いたします。

提出日：平成 年 月 日

受付年月日

【添付書類】 ●領収書(原本)

●初めて治療を受ける場合は、医師の同意書(原本)

※初療日または医師の同意日から3ヶ月経過した時点において更に施術を受ける場合は
医師の再同意が必要です。