

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

令和 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	ワガナ			住所			
	療養を受けた 者の氏名				生年 月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
	傷病名				発病又は負傷 年月日	平成・令和 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 1. 普通	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		
				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・	年	月	日	実日数	請求区分
			至・	年	月	日		
	傷病名または症状						転帰 継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	躯 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 4 km まで	円×	回=	円				
	往療料 4 km 超	円×	回=	円				
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	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		
	令和 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: 令和 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6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。