

療 養 費 (本人・家族) 支給申請書 (あんま・マッサージ用)

健保記入欄	支給決定額	¥	受付日	入力日	事務長	担当者	担当者	入力者
	法定給付	¥						
	付加給付	¥						
	支給決定期間	. . . ~ . . .		日間				

被保険者記入欄	被保険者証記号番号	被保険者名 名鉄 太郎 (印)		第三者行為	
	1 - 12345	住所 名古屋市東区名駅1-2-3		はい・いいえ	
	受療者氏名 (生年月日)			発病または負傷年月日	
	名鉄 花子 (昭和・平成・令和 48年 11月 10日生)			平成・令和 29年 11月 14日	
傷病名		傷病の原因及び経過			
脳梗塞		高血圧で倒れ、脳梗塞になり麻痺残存のため			
受領委任欄	請求金額の受領を下記の事業主に委任します。 被保険者氏名 名鉄 太郎 (印)				
(上欄と同一の印鑑を使用すること)					

施術者(あんま・マッサージ指圧師)記入欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	平成・令和 1年 6月 24日	自・令和 1年 6月 24日～至・令和 1年 6月 30日		3日	新規・継続	
	傷病名又は症状	脳梗塞 右片麻痺			転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	340 円×	3 回=	1,020 円	摘 要
		右上肢	340 円×	3 回=	1,020 円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	340 円×	3 回=	1,020 円	
		左下肢	円×	回=	円	
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	
	温 罨 法	80 円×	3 回=	240 円		
	温罨法・電光線器具	円×	回=	円		
	往療料 4kmまで	円×	回=	円		
往療料 4km超	円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給：年月分)	円×	回=	円			
合 計				3,300 円		

同意記録	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	
	6月				
	令和 年 月 日	所在地		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	
同意医師の氏名	住 所		同意年月日	傷 病 名	要加療期間
神宮前 健太	名古屋市東区名駅1-234		平成・令和 1年 6月 21日	脳梗塞 右片麻痺	~

事業主証明欄	所属長	役職	事業主	または	代務者
		記入・押印してください			記入・押印してください
	氏名		印		印

※あんまマッサージ指圧師より記入いただいでください。

<添付書類>
 ・医師の同意書写し (6か月を超えて引き続き受療する場合は、再度保険医から同意書の交付を受け添付する必要があります。)
 ・領収書原本
 ・再同意の際の「施術報告書」について、交付料を請求する場合には施術者が交付する「施術報告書」写しの添付をお願いします。