

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	印	第三者行為
	-	住所		はい . いいえ
	受療者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日生)		発病または負傷年月日 平成・令和 年 月 日
	傷病名	傷病の原因及び経過		
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			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)	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成・令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	新規・継続
	傷病名又は症状			転 帰
				継続・治癒・中止・転医
	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		摘 要
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回= 円		
	温 罨 法	円× 回= 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		円	

施 術 証 明 欄	施術日 通院○ 往療◎	月	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。	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
	令和 年 月 日			所在地		
	免許登録番号			名称 あん摩マッサージ指圧師 氏名	印 電話	
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・令和 年 月 日			

事 業 主 証 明 欄	所属長	役職	事 業 主	
		氏名	または 代 務 者	印

<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。