

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

※添付書類を添えてご申請ください。(領収書の原本、6ヶ月毎に医師の同意書の原本)

公費負担者番号①																公費負担医療の受給者番号①														
公費負担者番号②																公費負担医療の受給者番号②														

被保険者証	被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 住 所	〒	—
記号			住所	
番号				
療養を受け た者の氏名	(フリガナ)	男 女	続 柄	療養を受けた者の生年月日 年 月 日生

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。)

施 術 内 容 等 に つ い て ご 記 入 く だ さ い	発病又は、負傷の原因及びその経過													請 求 区 分 新規 ・ 継続						
	発症又は負傷年月日は 年 月 日で、その負傷等は (1.業務上 2.第三者行為 3.その他) である																			
	初 療 年 月 日			施 術 期 間									実日数							
	年 月 日			自・ 年 月 日～至・ 年 月 日									日							
	傷病名または症状													転 帰						
	マ ッ サ ー ジ			軀 幹	円×	回=	円	継続・治癒・中止・転移 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													
	温 罨 法 (加 算)			円×	回=	円														
	温罨法・電気光線器具(加算)			円×	回=	円														
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可			右上肢	円×	回=	円													
				左上肢	円×	回=	円													
				右下肢	円×	回=	円													
左下肢				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)			円×	回=	円															
上記費用金額の合計												円								
施術日	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 ※通院には○、往療施術には◎																		

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。													
	年 月 日			〒										
				住所										
	免許登録番号: あん摩マッサージ指圧師			氏名										
	電話番号													

同 意 記 録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		

委 任 状	私は、事業主 _____ を代理人と定め、 年 月 日に請求した													
	療養費の受領方を委任します。													
	年 月 日													
	住所													
	被保険者氏名													