健康保険　被保険者・被扶養者　療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

被保険者（申請者）・申請内容	健康保険の記号番号	記号 1	番号 123456	生年月日	昭・平・令 55 年 11 月 22 日
	氏名（自署）	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			
	申請者住所 電話番号 等（日中の連絡先）	〒 123－4567 東京都〇〇区〇〇町1－2－3 △△マンション456号室		電話 090 （ 1234 ） 〇〇〇〇	
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和 55 年 11 月 22 日
	発症・負傷の原因およびその経過	脳出血による後遺症		交通事故等 第三者が原因ですか	いいえ ・ はい

施術内容欄	初療年月日	施術期間					実日数	請求区分
	平・令 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					日	新規 ・ 継続
	傷病名または症状							転帰
								継続・治癒・中止・転医
	施術料 マッサージ（施術料）	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	
		施術回数	回	回	回	回	回	
	施術料 通所	円 ×		回 ＝			円	
	施術料 訪							要
	施術料 訪問							
	施術料 温罨法・電気光線器具（加算）	円 ×		回 ＝			円	
	施術料 変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	同意部位		右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	
		施術回数		回	回	回	回	
		円 ×		回 ＝			円	
	施術料 特別地域（加算）	円 ×		回 ＝			円	
	往療料	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					
	通所〇 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③							
	往療または訪問の理由	1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ）						

この欄は、あんま・マッサージ施術者に記入を依頼してください

施術証明書	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日	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
	登録記号番号（申し出た施術者登録番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	施術所 所在地 名 称 施術管理者 氏 名	電話
備考			

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
			令和 年 月 日		

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取	に記入）			
	金融機関名称		本店 支店	支店番号	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座名義（カタカナ）		

被保険者口座を記入

備考	個人番号 （健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	1. 医師の同意書（初回と6ヵ月に一度は必ず必要） 2. 領収書（原本） 3. 施術報告書の写し ※施術報告書交付料が含まれる場合。	

受付日付印