

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日		整理番号			事業主側經由所属									
	常務理事	事務長	担当者			月別	番号		長	長	担当者							
期	自	令	年	月	日	日間	支	法定							計	算 式		
間	至	令	年	月	日		給								円			
	装具装着						金額	附加							円			
		令	年	月	日											区 分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印)	入力受付No.

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名			昭和・平成	年	月	日生	満	歳	
被 保 険 者 住 所					被 保 険 者 所 属						
被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名					生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄	
傷 病 名					傷病又は 負傷の年月日	年 月 日 時 頃					
傷病の原因				労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。						
傷病の経過											
健康保険資格が 適用されなかった 理由 (詳しく記入)											
診療を受けた病院 等の	所在地				名 称						
					医師名						
診療の内容											
診療の期間	自	令和	年	月	日	日間	診 療 に 要 した金額	¥	別紙証ひょう のとおり		
	至	令和	年	月	日	現在も療養中					
上記の傷病は、本人以外の第三者の行為が原因で発生したケガや病気ですか								※どちらかに○をつけてください はい ・ いいえ			

【注意事項】

- 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること
- コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること
- はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙（療養費支給申請書）と同意書および領収書を添付すること

【備考】

施術者に記入してもらうようお願いします。

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用【別紙】）

被保険者欄	被保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		続柄																										
	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分																										
施術内容欄	平成 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日			日	新規・継続																										
	傷病名及び症状					転																										
						帰																										
						継続・治癒・中止・転医																										
	マッサージ(施術料)	同意部位 施術回数	(躯幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘要																								
	通所	円× 回＝ 円																														
	訪問施術料 1	円× 回＝ 円																														
	訪問施術料 2	円× 回＝ 円																														
	訪問施術料 3 (3人～9人)	円× 回＝ 円																														
	訪問施術料 3 (10人以上)	円× 回＝ 円																														
	温電法(加算)	円× 回＝ 円																														
	温電法・電気光線器具(加算)	円× 回＝ 円																														
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																										
	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 訪問1①	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 訪問2②																																
往療 訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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 ())																																
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		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地														
	令和 年 月 日															〒		住所														
同意記録	免許登録番号															氏名		電話														
	あん摩マッサージ指圧																															
同意記録	同意医師の氏名															住所		同意年月日														
																		令和 年 月 日														
同意記録	傷病名															要加療期間																