

保 険 者 記 入 欄	健 康 保 険 組 合			受 付 月 日		整 理 番 号		事 業 主 側 経 由 所 属					
	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者			月 別	番 号	長	長	担 当 者			
	期 間	自 平・令	年	月	日	日 間	支 給 金 額	法 定			円	計 算 式	
		至 平・令	年	月	日			附 加					
装 具 装 着			平・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 所 住			被 保 険 者 属 所			
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 年 月 日 令和 満 歳	続 柄	
傷 病 名				傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
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						
健康保険被保険者証を使用できなかった理由 (詳しく記入)						
診 療 を う け た 病 の 院	所在地	名 称				
		医 師 名				
診 療 の 内 容						
診 療 の 期 間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・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
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	その届出の有無		第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不明のときはその旨)			
	ある ・ な い					

(注)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。
(注)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。
(注)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。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【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	
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間														実日数		請 求 区 分														
	平成 年 月 日 令和		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		
	施 術 料	マッサージ (施術料)		同意部位 施術回数	(軀 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 罎 法 (加 算)		円× 回＝ 円																													
		温罎法・電気光線器具 (加 算)		円× 回＝ 円																													
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右 上 肢) 回	(左 上 肢) 回	(右 下 肢) 回	(左 下 肢) 回																									
				円× 回＝ 円																													
		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 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③		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
○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。 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														
	免許登録番号														住 所 あん摩マッサージ指圧師 氏 名 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								
																	令和 年 月 日																