

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者
被扶養者
療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者 (本人) が記入する ところ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する (していた) 事業所の	名称 所在地	電話				
	傷病名			発病又は負傷原因 及びその経過					
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日							
	第三者の行為 による負傷で あるとき	その事実 と届出の 有無			加害者の氏名				
					加害者の住所	〒			
	被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者 との続柄		
	振込希望銀行	銀行			支店	(フリガナ)			
		(普通 当座No.))	口座名義人			
	以下の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 〒 令和 年 月 日								
	住所 被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名								

あんま師・マッ サージ師が記入 するところ	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																											
	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																											
	施 術 内 容 欄	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	(軀幹) 回	(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。		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																											
	住所		住所		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																								
					年 月 日																												