

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(令和〇年〇月分) (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 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 〇〇株式会社 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇〇 〇-〇-〇	電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇
	傷病名	脳出血による筋麻痺		発病又は負傷原因及びその経過	脳出血による後遺症。右半身麻痺により歩行困難。
	発病又は負傷の年月日	令和〇年 〇 月 〇 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	〇〇銀行 (普通) 当座No. 〇〇〇〇〇〇〇〇		〇〇支店 (フリガナ)	ケンポ タロウ
				口座名義人	健保 太郎
	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。 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 令和 〇年 〇月 〇日				
	住所 東京都〇〇〇 〇-〇-〇				
被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名 健保 太郎					

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																												
					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	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																								
			施術回数	回	回	回	回	回																									
		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																															
温巻法(加算)		円 × 回 = 円																															
温巻法・電気光線器具(加算)		円 × 回 = 円																															
変形矯正術(加算)		円 × 回 = 円																															
※温巻法との併施は不可	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	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																																
①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 ())																																	
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		住所		保健所登録区分		1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所																								
免許登録番号	あんまマッサージ指圧師		氏名		電話																												
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																														