

受付年月日

年

月

日

伺年月日

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)

被保険者が記入するところ

被保険者資格の記号番号

記号 〇〇〇〇

番号 〇〇〇〇

発病又は負傷年月日

令和〇年 〇月 〇日

傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過

脳出血による筋麻痺。脳出血による後遺症。右半身麻痺により歩行困難。

療養を受けた者の氏名

健保 太郎

昭・平・令 〇年 〇月 〇日生

続柄

1. 本人

2. 家族 ()

業務上・外、第三者行為の有無

(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())

施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)

振込希望銀行 ※被保険者の口座を記入すること

〇〇銀行 〇〇支店 (フリガナ)

ケンボ タロウ

(普通) 当座No. 〇〇〇〇〇〇〇〇)

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

施 術 内 容 欄

初療年月日

年 月 日

施術期間

自・令和 年 月 日～ 至・令和 年 月 日

実日数

日

請求区分

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 (軀幹) (右上肢) (左上肢) (右下肢) (左下肢)

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

温罨法 (加算) 円 × 回 = 円

温罨法・電気光線器具 (加算) 円 × 回 = 円

変形徒手矯正術 (加算) 円 × 回 = 円

※温罨法との併施は不可

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

明 細 書 発 行 加 算 円 × 回 = 円

合 計 円

施術日 訪問 1 ① 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 ② 月

往療 ③

〇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

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地

免許登録番号

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

あんま・マッサージ師の方に
記入の依頼をさせていただきます