

理事長	常務理事	事務長	係

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

(令和 年 月 日 施術分)

- 1 施術日毎の領収書(原本)を添付してください。  
2 初診月、及び前回の同意より6ヶ月を超えた場合は医療機関の医師に再度同意を受け、同意書(原本)を添付してください。  
3 1か月を超えて変形徒手矯正術を受けられる場合は、医療機関の医師に再度同意を受け、同意書(原本)を添付してください。  
4 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書」を添付してください。  
5 往診がある場合には、往診料の計算のわかる明細と往診を必要とする理由を摘要欄に記載してください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号	—	事業所名							
	被保険者氏名と印	フガナ		被保険者住所	〒 — (電話番号 — — )					
	療養を受けた者の氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	傷病名			発病又は負傷原因及びその経過						
	傷病又は負傷の年月日	平成 令和	年	月	日					
	業務上の負傷ですか	はい・いいえ		第三者の行為による負傷ですか	はい・いいえ					
	振込先希望口座(被保険者)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください) ⑨ 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません								
	普通・当座	銀行・金庫 信組・農協 郵便局	本店 支店 出張所	口座番号					被保険者名 (フガナ)	

あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	平成・令和	年	月	日	施術期間	自：令和	年	月	日	実日数	日																					
		至：令和	年	月	日		日																										
	施術内容欄	傷病名または症状						請求区分	新規・継続																								
		マッサージ	躯幹	円×	回=	円	円	転	帰																								
			右上肢	円×	回=	円	円	継続・治癒・中止・転医																									
			左上肢	円×	回=	円	円	摘	要																								
			右下肢	円×	回=	円	円																										
		左下肢	円×	回=	円	円																											
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円																											
	温罨法	円×	回=	円																													
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円																													
	往療料	4kmまで	円×	回=	円																												
	往療料	4km超	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	通院○ 往療◎	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
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。						住所																										
	令和 年 月 日						氏名																										
	免許登録番号 _____						電話																										
	あん摩・マッサージ指圧師																																
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				令和 年 月 日																									

2023.3

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です)

受付印

備考欄	
-----	--