

常務理事	事務長	担当	係

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 者 記 入 欄	被保険者等の	記号	番号	生年月日	
	※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。				年 月 日
	被保険者氏名				事業所 名 称
	被保険者住所	(〒 -) TEL ())			
	施術した場所	(〒 -) * 入居施設や住所地特例等、上に記載の住所地と異なる場合に記載			
	施術が被扶養者に 関するときは、その方の	氏名	生年月日		被保険者との続柄
			年 月 日		
	傷病名				発症・負傷 年 月 日 年 月 日
	傷病の原因 及び経過				
	第三者の行為によるものですか → はい ・ いいえ 業務によるものですか → はい ・ いいえ				
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		
給 付 金 支 払 先	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。				
	尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。				
	振込先 銀 行	銀行 金庫・農協		支店	※口座番号は左詰めでご記入ください
	預金 種 別	普通・当座 貯 蓄	口座 名 義	(1) 漢 字	(2) カタカナ
	☐	マイナンバー等事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は✓を入れてください) 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。			

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄																																
	初療年月日		施術期間															実日数		請求区分													
	年 月 日		自: 年 月 日		～ 至: 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	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘 要																								
				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	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢																										
		回	回	回	回																												
特別地域(加算)		円 ×		回 =		円																											
往療料		円 ×		回 =		円																											
施術報告書交付料		円 ×		回 =		円																											
(前回支給: 年 月分)																																	
費 用 額 計								円																									
施 術 日	通所○ 訪問1① 往療◎ 訪問2② 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。																保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地															
令和 年 月 日 住所																																	
免許登録番号																あんまマッサージ指圧師 氏名 電話																	

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望される場合は健康保険組合へご相談ください。 FR健康保険組合