

記入例

常務理事	事務長	担当	係

療養費支給申請書（R6年10月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等の 被保険者氏名	記号 1234 ※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。	番号 1234567	生年月日 昭和 50 年 6 月 1 日	
	被保険者住所	(〒 —) ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください			
	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 山口 三郎	生年月日 昭和 35 年 5 月 1 日	被保険者との続柄 父	
	傷病名	脳梗塞後遺症		発症・負傷 年 月 日 R2 年 1 月 26 日	
	傷病の原因 及び経過	不明 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 赤坂 一郎	住所 〇県〇市***-**	同意年月日 R** 年 * 月 * 日	傷病名 脳梗塞後遺症	要加療期間 6ヶ月
	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 支店 口座 ※口座番号は左詰めでご記入ください			
預金 種別	普通・当座 口座 (1) 漢字 貯蓄 名義 漢字				
	マイナポータル等で事前登録した注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。				

あ ん 摩 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	
	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			
	通所											
	訪問施術料 1											
	訪問施術料 2											
	訪問施術料 3 (3人へ)											
	訪問施術料 3 (10人へ)											
	温電法(加算)											
	温電法・電気光線器具(加算)											
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢					
			施術回数	回	回	回	回					
		円 × 回 = 円		円 × 回 = 円								
特別地域(加算)		円 × 回 = 円										
往療料												
施術報告書交付料												
(前回支給: 年 月 日)												
費 用 額												
施 術 日		通所○ 訪問1①										
		往療◎ 訪問2②										
		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												
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