

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

あんま・マッサージ専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称				
	氏名	(フリガナ)	(押印不要)		生年月日	昭・平・令	年	月
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()			
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 <input checked="" type="checkbox"/> (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人	

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係()			

施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか	※	はい・いいえ			
家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()
傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)		平・令	年	月	日
発病又は負傷の原因及びその経過	原因 経過						
施術を受けた施術所	名称	施術者氏名					
	所在地	施術に要した費用	円				
施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日数)	日				
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意医師							
再同意医師							

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

※ 傷病の原因が外傷性による場合は、「負傷原因届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ施術者記入用)

東京アパレル 健康保険組合

あん摩マッサージ指圧師記入欄

患者氏名									
傷病名 及び症状									
初療年月日		平・令 年 月 日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止		
施術期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	実日数	日	摘要				
施術内容	施術料	マッサージ (施術料)		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
		通 所		施術回数	回	回	回	回	回
		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) ※ 温罨法との併給は不可		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		
		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							

施術日 (通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③)

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 独歩による公共交通機関を使っての外出困難
 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
 その他 ()

施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証等住所地と異なる場合に記載)

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

あん摩マッサージ指圧師

住 所

氏 名

電話番号 ()

保健所登録区分 (施術所所在地 出張専門施術者住所地) 免許登録番号 ()