

記入例

療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

被保険者証 記号一番号 1 - 123456	被保険者氏名 (裏面を全て確認の上、請求します) 健保 太郎	連絡先 自宅 0000-00-0000 勤務先 0000-00-0000 (内線551-12345)
所属 〒1234 ○○部○○室○○課	私は、本療養費の支給の 関係する保険者等 また、この請求書の写 医療機関等の関係機関、又は他 することに同意します。	被保険者氏名 健保 太郎
受療者氏名 健保 花子	〇〇年 〇月 〇日	
受療者住所 〒000-0000 愛知県刈谷市○○町〇丁目〇番地	続柄 妻 年齢 〇〇 生年月日 〇〇年 〇月 〇日 H・R	発症・負傷年月日 〇〇年 〇月 〇日
傷病名 腰痛症	傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)	
第三者行為又は業務上による傷病ですか? <input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合まで お問合せください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	医療助成受給者ですか? <input type="checkbox"/> はい⇒□子ども医療 □障害者医療 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ □ひとり親家庭等医療 □その他	施術に要した費用 ※月単位(1日～月末までの合計金額) 4,620円
給付金振込先(被保険者名義)※裏面の4項③をご確認下さい。		
振込先の記入方法は、裏面の4頁③をご確認ください。		
名義人氏名 (カタカナ)	ケンポ タロウ	←名義人氏名は被保険者(従業員)名を カタカナでご記入ください。

必ず請求書裏面、記入例を全て
確認した上で請求して下さい。

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	令和 年 月 日	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		
傷病名(症状)				
				転帰
				継続・治癒・中止・転医
摘要				
マッサージ	駆幹 円 × 回 = 円 右上肢 円 × 回 = 円 左上肢 円 × 回 = 円 右下肢 円 × 回 = 円 左下肢 円 × 回 = 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 往療料 4kmまで	円 × 回 = 円			
往療 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: 通院〇分(〇分) (月 月分)				
施術報告書交付料を申請する場合、「施術報告書」の 写しの添付が必要です。				
上記の通り施術 登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
令和 年 月 日 所在地				
あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名				
() 氏名 ⑨ 電話				
同意記録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名
			令和 年 月 日	要加療期間

施術者記入欄

- 【提出方法】 本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保 【支払】 原則、各月10日到着分を当月27日に指定口座へ支払
- 【添付書類】 ・医師の同意書(原本もしくは写し) ・施術に要した費用の領収証(原本) ・施術報告書(写し)
- 【注意事項】 ※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付
※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)
※3 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(写し)」を添付

給付区分コード	221	区分	1.本外 2.六外 3.家外 4.高外一 5.高外7
家族番号		資格取得日	
医療扶助	有()・無	資格喪失日	
支給額	7割・8割・9割 (高額・付加)有・無・停止	室長	検討 担当 受付
備考			

健保記入欄