

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

|       |                 |  |                      |                 |                      |             |             |
|-------|-----------------|--|----------------------|-----------------|----------------------|-------------|-------------|
| 被保険者欄 | 被保険者証等の記号番号     | 記号 ●●                                  | 番号 ××××              | 所属事業所及び部署名      | 〇〇〇株式会社 〇〇支店         |             |             |
|       | 被保険者氏名          | (フリガナ) ケンポ タロウ                         | 健保 太郎                | 被保険者生年月日        | 昭和 ●●年 ●●月 ●●日       | 平成          | ●●年 ●●月 ●●日 |
|       | 住所電話番号等(日中の連絡先) | 〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 |                      | メールアドレス         | 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp       |             |             |
|       | 療養を受けた者の氏名      | (フリガナ) ケンポ ハナコ                         | 健保 花子                | 療養を受けた者の生年月日    | 昭和 平成 令和             | ●●年 ●●月 ●●日 |             |
|       | 発病又は負傷年月日       | ●●年 ●●月 ●●日                            |                      | 発症又は負傷の原因及びその経過 | 脳出血による後遺症            |             |             |
|       | 交通事故等第三者が原因ですか  | いいえ ・ はい                               |                      | 業務上、通勤上によるものですか | いいえ ・ はい             |             |             |
|       |                 |  | ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |                 | ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |             |             |

|           |                       |     |       |
|-----------|-----------------------|-----|-------|
| 初療年月日     | 施術期間                  | 実日数 | 請求区分  |
| ( ) 年 月 日 | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | 日   | 新規・継続 |
| 傷病名及び症状   |                       |     | 転 帰   |

|                      |                    |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|----------------------|--------------------|-------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 施術内容欄                | 通                  | この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください。 | 訪  |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                      | 訪                  |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                      | 訪                  |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                      | 訪                  |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                      | 温 罨 法 (カ)          |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                      | 温 罨 法 ・ 電 気        |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                      | 変形徒手矯正<br>※温罨法との併用 |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 特別地域                 |                    |                               | 転医 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往 療 料                | 円 × 回 = 円          |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施術報告書交付料(前回支給: 年 月分) | 円 × 回 = 円          |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 費 用 額 計              | 円                  |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施術日 訪問1①             | 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 |  |
| 通所 訪問2②              |                    |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療 訪問3③              |                    |                               |    |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

〇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。 | 令和 年 月 日 | 保健所登録区分 | 〒 - | 住所 | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 |
| 免許登録番号 | あんま マッサージ指圧師             | 氏名       | 電話      |     |    |                         |

|      |         |     |          |       |       |
|------|---------|-----|----------|-------|-------|
| 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 |       |       |

|       |         |            |       |         |            |         |
|-------|---------|------------|-------|---------|------------|---------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | 1234       | 支店コード | 123     |            |         |
|       | 金融機関名称  | ●● 銀行/信用金庫 | ●●    | 本店/支店   |            |         |
|       | 預金種別    | 普通 当座      | 口座番号  | 1234567 | 口座名義(カタカナ) | ケンポ タロウ |

## ■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

|    |  |  |
|----|--|--|
| 備考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)                     |  |
|    | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。    |  |
|    | ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 |  |
|    | ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点      |  |

(2024.11.28)