

療 養 費 支 給 申 請 書（ 6 年 12 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等 記号・番号										○発病又は負傷年月日					○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																			
	2	1	7	—	2	1					令和6年12月1日					○○○○○○○																			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名			(7)がナ ケンコウ タロウ							続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																						
				健康 太郎							本人		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他())																						
			明・大・昭平・令 61 年 1 月 22 日生										○施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載）																						
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・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														
																					継続・治癒・中止・転医														
	施 術 料	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																
							施術回数		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					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		(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					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																																			
○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 〒					1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地														
	住所 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師															氏 名 電話																			
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 7年 1月 1日															〒 123-4567																			
	北関東しんきん健康保険組合 理事長 殿															申請者 住所 ○○市○○町1-2-3 (被保険者) 氏名 健康 太郎 電話 111-222-3333																			
支 払 機 関 欄	支払区分 ① 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 金 払					預金の種類 ① 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					金融機関名 ○○信用 銀行 金庫 ○○ 本店 支店 農協 出張所																								
	口座名義 カタカナで記入					ケンコウ タロウ					口座番号					1	2	3	4	5	6	7	郵便局												
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														
	健保 三郎					□□市□□町1-2-3					令和 6年 12月 1日					○○○					○ヶ月														

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日														
申請者 住所 (被保険者) 氏名														
住所 代理人 氏名														

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
□「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
□「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本） □施術報告書（写し） □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書