

組合 使用 欄	支給年月日	年	月	日	支給額								常務理事	事務長	担当
	資格取得日	年	月	日											
	資格喪失日	年	月	日											

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 情 報	記号・番号	.			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名・印	(フガナ)					㊤	*自署の場合は押印を省略できます		
	住所	〒 -								
		TEL (携帯可) - -								
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)										

申 請 内 容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	氏名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日		
	傷病名						発病または 負傷年月日		年	月	日
	傷病の原因 及び経過										
	施術を受けた期間	年			月	日	～	年	月	日	日間
	施術に要した 費用の額	円	業務上、または通勤途上での傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		第三者行為(交通事故・暴行など)によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

振 込 先	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義(カタカナ)
			普通	

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
 ●マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
 【被保険者のマイナンバー】
 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

施 術 者 (あんま マッ サ ー ジ 指 圧 師) が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分	転帰																						
	年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日				日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																						
	傷病名及び症状詳細																														
	マッ サ ー ジ	躯 幹		円 ×	回 =	円	摘要																								
		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																										
	往療料	2 kmまで		円 ×	回 =	円																									
加算 (km)		円 ×	回 =	円																											
合 計						円																									
施術日	年 月 (通院○・往療◎)																														
	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

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行いました。 住所(所在地) 施 術 所 名 施 術 者 登 録 番 号 あんまマッサージ指圧師名																													
																㊤	TEL	-	-											

同 意 記 録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	記入者氏名
			年 月 日			

【添付書類(原本を添付)】
 ●領収書 ●医師の同意書 (初療と変形徒手矯正術は同意書必須、再同意は被保険者又は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可)
 *同意書の有効期限: 要加療期間又は初療/再同意から最長3ヶ月

同意書 (あんまマッサージ療養費用)

患 者	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
発病年月日	年	月	日	
初診年月日	年	月	日	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()			
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術			
施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢			
往 療	1. 必要 (理由:) 2. 不要			
備 考 (加療期間等)				

上記のものについては、頭書の疾病により療養のための医療上のあんまマッサージが必要と認め、あんまマッサージの施術に同意する。

年 月 日

所 在 地

保 険 医 療 機 関

保 険 医 氏 名

電 話 番 号

医 療 機 関 コー ド

⑩