常務理事	事務長	係

鈴与健康保険組合　御中

療養費支給申請書（　令和　6　年　10　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄

○被保険者の記号ー番号									事業所名称	○×△□株式会社
1	2	3	－	4	5	6	7	8		

被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケンポ　タロウ 健保　太郎　男・女	傷病名	脳出血
		発症又は負傷年月日	令和　3　年　4　月　1　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
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケンポ　ハナコ 健保　花子　男・女	続柄	妻
	昭・平・令 32 年　3 月　11 日生	1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　）	
		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証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							摘要
マッサージ（施術料）						（左下肢）　回	
通所						円	
訪問施術料　1						円	
訪問施術料　2						円	
訪問施術料　3（3人～9人）						円	
訪問施術料　3（10人以上）						円	
温罨法（加算）						円	
温罨法・電気光線器具（加算）						円	
変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可						（左下肢） 施術回数　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	

施術を受けた
あんま師・マッサージ師に
記入してもらってください。

施術日	訪問1①	訪問2②	訪問3③	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
通所○																																			
往療◎																																			

○往療又は訪問の理由：　1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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

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
○○医院 山田　一郎	△市□区○○○町××番地□号	令和 6　年　9 月　10 日	脳出血	R6.9～R7.2

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　6　年　11　月　1　日

申請者（被保険者）　住所　△市□区○○○町××番地×
氏名　健保　太郎

代理人（事業主）　住所　□市□区○○町××番地
氏名　○×△□株式会社

※　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。