

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

令和 5 年 4 月分

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号・番号	記号 123	番号 456789	事業所名称	○×△□株式会社		
	被保険者 氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ		被保険者の 住 所	〒424-0011 △市□区○○○町××番地×-×		
		健保 太郎			日中連絡が取れるTEL ×××-○○○-△△□□		
	療養を受けた者の 氏 名	(フリガナ) ケンボ ハナコ		生年月日		続 柄	
		健保 花子		昭平・令 32 年 3 月 11 日生		妻	
	発症又は負傷年月日		傷病名		業務上・外、第三者行為の有無		
令和 3 年 4 月 1 日		脳出血による筋麻痺		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他			
発症又は負傷の原因及びその経過							
脳出血による後遺症							

あんま・マッサージ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	
	令和 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名又は症状					転帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹		円×	回=	円	継続・治癒・中止・転医
		右 上 肢		円×	回=	円	
	施 術 内 容 欄		<div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p style="font-size: 24px; color: red; margin: 0;">施術を受けた あんま師・マッサージ師に 記入してもらって下さい。</p> </div>				摘 要
	変形徒手矯正						
	温 罨						
	温罨法・電気光線器						
	往療料 4km未満						
往療料 4km超							
施術報告書交付料							
合 計						円	
施 術 日 通院○・往療◎		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					
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。			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		
	令和 年 月 日			〒			
同意医師の氏名		住 所		同意年月日	傷病名		
令和 年 月 日		あん摩・マッサージ指圧師		氏名	要加療期間		
免許登録番号				電話			
同意記録		令和 年 月 日					

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主またはその代理人に委任します。					
	令和 5 年 4 月 15 日					
	本 人 住 所 (被保険者)	△市□区○○○町××番地×-×				
氏 名	健保 太郎					
事 業 主 住 所 (代 理 人)	△市□区○○-××					
事業所名	○×△□株式会社					
氏 名	代表取締役 ○木 ○男					

【添付書類(要原本)と記入上の注意】

- 医師の同意書…初療(初診)と変形徒手矯正術は医師の同意書は必須。再同意は被保険者または施術者が医師の同意を得て申請書の同意記録に記入でも可。
*同意書の有効期限:月の15日以前は当該月の翌々月の末日、16日以降の場合は当該月の3ヶ月後の末日 *変形徒手矯正術の場合は初療の日(再同意日)から1ヶ月
- 領収書…受診者氏名・領収金額・施術所名・領収印があるもの。(簡易型のレシートは不可。)
- 療養費支給申請書…施術者記入欄への記載のかわりに施術機関で作成した療養費支給申請書の添付でも可。
- 往療がある場合は、往療料の計算がわかる明細書の添付と往療を必要とする理由を摘要欄に記載してください。