

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

本申請書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 4 年 9 月分

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		(フリガナ) サンギョウ ケンイチ			
	5000	999	産業 健一					
	施術を受けた者の氏名・生年月日等		(フリガナ) サンギョウ ヤスコ	生年月日				
	氏名		産業 安子		昭和 平成 令和	4 年 10 月 3 日		
	被保険者の住所・電話番号		〒 000-0001 △△市××町1-1		Tel 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
あんま・マッサージ指圧師が記入するところ	傷病名(医師から同意を受けた)		発症又は負傷年月日(療養開始日)		令和 2 年 10 月 5 日			
	発症・負傷の原因及び経過		脳梗塞発症後、右上下肢の関節拘縮があり医療上のマッサージを受けています		第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい			
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。							
	振込銀行	(フリガナ) シカク	銀行	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座・ その他()	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	
		(フリガナ) サンカク	支店	口座名義	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ	産業 健一		
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 令和 年 月 日		日~令和 年 月 日		日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医	
	傷病名または症状		鍼灸師に記入を依頼してください				摘要	
	マッサージ	躯体幹		円×	回=	円		
		右上肢		円×	回=	円		
		左上肢		円×	回=	円		
		右下肢		円×	回=	円		
		左下肢		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)	右上肢		円×	回=	円			
	左上肢		円×	回=	円			
	右下肢		円×	回=	円			
※温電法との併施は不可		左下肢	円×	回=	円			
往療料 4kmまで		円×	回=	円				
往療料 4km超		円×	回=	円				
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円×	回=	円				
費用合計						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				
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		所在地		保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		
あんまマッサージ指圧師免許登録番号		所在地		氏名		Tel		
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		
				令和 年 月 日		要加療期間		

※申請の際は裏面の注意事項をご確認ください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄	
確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

【添付書類】 ・領収書（原本）

【該当する場合】 ・医師の同意書（原本）・施術報告書（写）・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

記入するときの注意事項

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・施術内容欄および施術証明欄は施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・振込口座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。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・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。

※ 医療機関での治療状況確認等のため、支給はおよそ施術月より3～4ヵ月後となります