

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 6 年 10 月分

被保険者欄	被保険者等の記号・番号 記号 5000 番号 999		被保険者氏名 産業 健一		(フリガナ) サンギョウ ケンイチ																												
	療養を受けた者の氏名・生年月日等 (フリガナ) サンギョウ ヤスコ 産業 安子 昭・平・令 4 年 10 月 3 日生		業務上・外、第三者行為の有無 (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、被保険者住所地と異なる場合に記載)																												
	被保険者の住所・電話番号 〒 000-0001 △△市××町1-1		電話 〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇																														
	傷病名 (医師から同意を受けた) 脳梗塞後遺症		発症又は負傷年月日 (療養開始日) R4 年 10 月 5 日																														
	発症・負傷の原因及び経過 原因 脳梗塞 経過 右上下肢の関節拘縮があり継続してマッサージを受けています																																
振込銀行	<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。																																
	(フリガナ) シカク		銀行	預金種目 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		銀行	口座名義	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ																												
	△△			産業 健一																													
施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分																										
	年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日 日		日		新規・継続																										
	傷病名及び症状		マッサージ師に記入を依頼してください				転帰																										
							継続・治癒・中止・転医																										
	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 (3人~9人)		円×		回=		円																										
訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円																											
温 罨 法 (加算)		円×		回=		円																											
温罨法・電気光線器具 (加算)		円×		回=		円																											
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
		施術回数	回	回	回	回																											
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																																	
月																																	
①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。		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		所在地																														
	免許登録番号		名称		氏名 電話																												
あんま・マッサージ指圧師		施術管理者																															
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																								
					令和 年 月 日																												

※申請の際は裏面の注意事項をご確認ください

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー

【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） ・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