

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)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	事業所名	(株)NSD		
	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			住所	〒 163 - 0716 東京都新宿区西新宿2-7-1	
					連絡先	(090) 1234 - 5678	
	療養を受けた 者の氏名	健保 花子			生年月日	昭和40年 1月 1日	年齢 54 歳 続柄 妻
	傷病名	脳梗塞 右片麻痺			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	2018年 11月 1日	
	発病又は負傷の原因 及びその経過	高血圧			業務上・外、第三者 行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為 <input checked="" type="radio"/> 3. その他	
事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。⇒ 別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。							
振込を希望する 金融機関 ※被保険者又は 受領を委任した 代理人の口座に 限りません	金融機関名称	(フリガナ)	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店		
	普通預金	口座番号	※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要				
	口座名義	(フリガナ)					
代理人に受領を 委任する時は 記入して下さい	この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者氏名 _____						

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
2018年 12月 1日	自: 2019年 4月 1日 ~ 至: 年 4月 30日	5 日	新規・ <input checked="" type="radio"/> 継続
傷病名又は症状	脳梗塞 右片麻痺		転 帰 <input checked="" type="radio"/> 継続 治療・中止・転医
マ ッ サ ー ジ	軀 幹	340 円× 5 回=	1,700 円
	右上肢	340 円× 5 回=	1,700 円
	左上肢	円× 回=	円
	右下肢	340 円× 5 回=	1,700 円
	左下肢	円× 回=	円
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回=	円
温 罨 法	80 円× 5 回=	400 円	
温罨法・電気光線器具	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	
合 計	5,500 円		

**あんま・マッサージ・指圧師に
記入してもらう**

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	<input checked="" type="radio"/> 1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者住所地	
	2019年 4月 30日	登録免許番号 〇〇〇〇〇	住所 東京都千代田区〇-〇-〇		
	あんまマッサージ指圧師	氏 名 日本 一郎	電話 03-3232-xxxx		
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
	東京 太郎	東京都千代田区〇-〇-〇	2018年 12月 1日	脳梗塞 右片麻痺	

※ 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。

※ 施術内容欄・施術証明欄・同意記録は、施術者が記入してください。

.....
受付年月日