

健康保険 療養費支給申請書

(あんま・マッサージ用)

※申請者の方は太枠内をご記入ください。

被保険者記入欄	記号番号	記号	番号	事業所名					
	被保険者(申請者)氏名			連絡先	TEL ※日中繋がる電話番号をご記入ください。				
	療養を受けた者の氏名	フガナ	男・女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日	傷病名			
	発症又は負傷の原因及びその経過					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			
支払金融機関	金融機関名			預金の種類	口座番号				
	銀行 信金 信組 農協			本店 支店	1. 普通 2. 当座	口座名義(カナ) (被保険者名義)			

※被保険者以外の口座へお振込み希望の場合は、委任状(健保HPに掲載)をご提出ください。

はり師・きゆう師記入欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請 求 区 分			
	平成 令和	年 月 日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	日	新規・継続		
	傷病名または症状			日	転帰 継続・治癒・中止・転医		
	施 術 内 容	マッサージ	躯幹	円×	回=	円	摘 要
			右上肢	円×	回=	円	
			左上肢	円×	回=	円	
			右下肢	円×	回=	円	
			左下肢	円×	回=	円	
	変形徒手矯正術		円×	回=	円		
	温電法		円×	回=	円		
温電法・電気光線器具		円×	回=	円			
往 療 料 2kmまで		円×	回=	円			
加 算 (km)		円×	回=	円			
費 用 額 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。				令和 年 月 日		
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				

添付書類 ①医師の同意書(原本)
②領収書(原本)

受付日付印