

健康保険
被保険者
家族
療養費
支給申請書(あんま・マッサージ用)
(令和 3 年 7 月分)

被保険者等記号番号
被保険者氏名および住所
療養が被扶養者に関するとき

発病または負傷年月日
昭和 2 年 6 月 1 日
令和 3 年 7 月 1 日
性別 男
発症または負傷の原因およびその経過
原因不詳

傷病名(医師の同意を受けた傷病名)
脳梗塞後遺症による麻痺

初療年月日
平成 2 年 6 月 10 日
令和 3 年 7 月 1 日
自
至
令和 3 年 7 月 31 日
傷病名又は症状
脳梗塞後遺症による麻痺

施術期間
実日数請求区分
3 日 新規 継続

施術内容欄
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)
施術回数 回 回 回 回
通所 1,350 円 × 3 回 = 4,050 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) 同意部位(右上肢)(左上肢)(右下肢)(左下肢)
施術回数 回 回 回 回
※温電法との併施は不可 円 × 回 = 円
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 4,050 円

施術日
通所○ 往療○ 訪問1① 訪問2② 訪問3③
7 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
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
上記のとおり施術を行い、その費用を領収いたしました。
令和 3 年 8 月 6 日
あんま
マッサージ
指圧師
所在地
施術所名
施術管理者名
電話

令和 3 年 8 月 6 日
あんま
マッサージ
指圧師
所在地
施術所名
施術管理者名
電話

委任状欄
本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します
被保険者氏名
代理人
氏名(健保口 口座名義人名)
公金受取口座
同意医師の氏名
住所
同意年月日
傷病名
要加療期間

令和 3 年 8 月 6 日
あんま
マッサージ
指圧師
所在地
施術所名
施術管理者名
電話

記入例

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。
また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

令和 3 年 7 月 1 日
氏名
〒 〇〇〇〇 〇〇〇〇
ケンボ ジロウ
〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名
電話番号

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。