

健康保険療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）（令和 5 年 9 月分）

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	999 - 9999	事業所名	〇〇〇〇株式会社			
	受診者氏名	健保 すみれ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59 年 3 月 27 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	妻	
	発病または 負傷の原因	傷病名	脳出血による左片麻痺	発症または 負傷年月日	令和 3 年 10 月 1 日		
	※不明な場合は おおよそで 構いません	どこで	発病又は負傷の原因をご記入ください				
	※空欄、不明 だと受理不可	何をしています					
	確認事項 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	業務中や通勤中によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	第三者の行為によるものですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		「はい」は負傷原因届の添付が必要		
	労災申請の場合は労基署名( )						
	施術機関など 支払先の名称	〇〇マッサージ治療院			支払った金額	7,480 円	
	上記のとおり請求します。 支給決定の際に必要なに応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会を求めることに同意します。 また、事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。（給与と併せて支給/支給日：事業所の給与支給日） 令和 5 年 11 月 1 日 住所 〒 222-2222 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222 ※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください						

施 術 者 記 入 欄	初療 年月日	令和 年 月 日	施術した 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( 日)	美日数	
	傷病名 又は症状		区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
	マ ッ サ ー ジ		躯幹	円× 回 = 円	摘 要	
	あんまマッサージ指圧師に記入を依頼してください		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	右上肢	円× 回 = 円			
	左上肢	円× 回 = 円				
	右下肢	円× 回 = 円				
	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:令和 年 月分)	円× 回 = 円					
費用額計		円				
施術日	月	通院○ 往療◎	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。			保健所登録区分	<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地		
令和 年 月 日	所在地	氏名	あん摩マッサージ指圧師			
免許登録番号	TEL					
同意 記録	同意医師の氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間		
	令和 年 月 日					
	住所					

添 付 書 類	<input checked="" type="checkbox"/> 医師による施術に関する同意書の原本 ※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上記「同意記録」に記載すること <input checked="" type="checkbox"/> 領収書の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 施術報告書（写し）※該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 ※該当する場合
------------------	--

健 保 組 合	決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	責 任 者	担 当 者