支払年月日	年　月　日	常務理事	事務長	会　計	担当者
支　払　額	円				
資格 取得	年　月　日				
資格 喪失	年　月　日				

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

被保険者記入欄	① 被保険者等記号・番号	・	② 事業所の名称	
	③ 被保険者（申請者）の氏名	(フリガナ)	④ 被保険者の生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
	⑤ 被保険者（申請者）住所	〒　都道府県		
	電話	電話（　）		
	⑥ 被扶養者 ※療養が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
			被保険者との続柄	
	⑦ 傷病名		⑧ 発病又は、負傷の原因	
	⑨ 傷病の経過			
	⑩ 発病又は負傷年月日	□ 平成 □ 令和　年　月　日	⑪ 業務上・外、第三者行為の有無	□ 業務上　□ 第三者行為である　□ その他

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	令和　年　月　日	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日	新規 ・ 継続
	傷病名又は症状			転帰
				継続・治療・中止・転医
	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		
	温罨法	円×　回＝　円		
	温罨法・電気光線機器	円×　回＝　円		
	往療料 2Kmまで	円		
	加算（　km）	円		
	上記費用合計額	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、その費用を領収いたしました。

令和　年　月　日　　住所

あんまマッサージ指圧師

氏名

電話番号

同意記録

同意医師の氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷病名	要加療期間
			令和　年　月　日		

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所

氏名

代理人　事業所名

氏名

受付印

【添付書類】領収書(原本)、初療（初診時）医師の同意書、変形徒手矯正術を受ける場合は毎月同意書