

療養費支給申請書（本人・**家族**）令和 6 年 10 月分
（あんま・マッサージ用）

注意事項

信濃毎日新聞健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 6 年 10 月 15

下記のとおり、申請します。

申請者氏名
（被保険者氏名） 健保 太郎

【被保険者の記入欄】

①被保険者証の 記号・番号	1 3 9 8 - 1 0 0 0	②事業所の名称	信濃毎日新聞健康保険組合		
③被保険者の氏名	健保 太郎		④被保険者の 生年月日・年齢	昭和 4 2 年 1 0 月 7 日生（57 歳）	
⑤被保険者の住所	(〒 3 8 0 - × × × ×) 長野県長野市〇〇町△△ 1 0 × × - ×		(電話番号 0 2 6 - × × × - × × × ×)		
⑥療養を受けた者の 氏名・性別・続柄	健保 花子 男・女 妻		⑦療養を受けた 者の生年月日・ 年齢	昭和 4 3 年 8 月 2 1 日生（56 歳）	
⑧傷病名	筋麻痺		⑩発病又は負傷原因及 びその経過	脳梗塞の後遺症によるもの	
⑨発病又は負傷の 年月日	平成 3 0 年 1 2 月 1 0 日				
⑪業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑫第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
⑬振込先	信金 本店・支店 店番号 口座名義 カナ 漢字 健康保険組合登録口座に振り込みます				

【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

施 術 内 容 欄	治療年月日	施 術 期 間		文口数	請求区分																																																																											
	年 月 日	自： 年 月 日	至： 年 月 日	日	新規 継続																																																																											
	傷病名及び症状詳細				転 帰																																																																											
					継続・治癒・中止・転医																																																																											
	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)	摘 要																																																																								
		施術回数	回	回	回	回	回																																																																									
	通所		円 ×		回 =		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)																																																																											
特別地域(加算)	施術回数	回	回	回	回																																																																											
往療料		円 ×		回 =		円																																																																										
施術報告書交付料（前回支給： 年 月）		円 ×		回 =		円																																																																										
合 計						円																																																																										
施術日 訪問1①	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																																																	
通所 訪問2②																																																																																
往療 訪問3③																																																																																
月																																																																																
○往療又は訪問の理由(1.独歩による交通機関を使つての外出困難 2.認知症や資格、内部、神経障害などにより徒歩による外出困難 3.その他)																																																																																
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 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																																																															
	年 月 日																住 所																																																															
	免許登録番号																施 術 所 名 称																																																															
	あんま・マッサージ、指圧師																氏 名																																																															
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															
	電話番号 ()																																																																															

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へ記載して下さい。

※被保険者証の記号番号を記載した場合はマイナンバーの記載は不要です。

備考欄：

【添付書類】

・「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）

・「医師の同意書」原本（同意内容について医師に照会することがあります。）

※「施術報告書」が交付された場合はその写しを添付。