

被保険者 療養費請求書 (あんま・マッサージ用)
家族

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) <u>〇〇〇〇〇〇〇〇(株)</u> に委任します。				
	令和 〇〇 年 〇〇 月分 (暦月ごと)				
	健康保険 記号-番号	1- 123456	氏名	健保 太郎	
	被保険者 住所	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		TEL(000) 000 - 0000	
	所属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		TEL(000) 000 - 0000 (内線 00000)	
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	健保 花子	生年 月日	昭和 平成 令和 00年 00月 00日 続 柄 妻
	傷病名 医師の同意を 受けた傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		発病又は 負傷年月日	平成 令和 00年 00月 00日 午前 午後 時頃
	発病又は 負傷の原因 (具体的に)	(どこで)(どうした)・・・具体的に 業務上の負傷ですか。(はい・いいえ) 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)			
	同意 記録	同意医師の 氏名	松田 太郎	同意年月日	令和 00年 00月 00日 要加療期間 指示があった時の みご記入ください
		住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		傷病名

あんまマッサージ指圧師 記入欄										
初療年月日		施術期間			実日数	請求区分	転帰			
平成 令和 年 月 日		令和 年 月 日～令和 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医			
傷病名及び症状									摘要	
施 術 内 容 欄	施術料	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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・電機光線器具(加算)	円×	回=	円					
		変形徒手矯正術(加算) 温電法との併施は不可 ※	同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回			
		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			円							
一部負担金(1割・2割・3割)			円							
請求額			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	月									
往療◎ 訪問3③	月									
○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 欄	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。
	あんまマッサージ指圧師 免許登録番号		令和 年 月 日 所在地 施術所名 氏名 TEL() -

【注意事項】
記入・添付書類については裏面をご確認ください。

支 給 決 定 欄	給付対象額	円	常務理事	事務長	係
	支給決定額	円			

受 付 印

