

被保険者  
家族

## 療養費請求書 (あんま・マッサージ用)

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、マツダ株式会社に委任します。				
	令和 ○○ 年 ○○ 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 ○○○○○○○○○○○○			TEL( 000 ) 000 - 0000
	所属	○○○○○○○○○○○○○			(ポストNo. A100 ) 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	○○○○○○○○○		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	○○○○○○○○○○○○○		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					
		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	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. 出張専門施術者所在地		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。

受付印

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			

