

事業所担当者()<経由>→健保組合(退職された方は直接健保へ送付)
※担当者を記入してください

あんま・マッサージ
年 月 分

被保険者
家族

療養費請求書

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名				
	③事業所の名称						
	④被扶養者に関する 申請の場合	氏名	生年月日	年 月 日	才	続柄 (長男・ 長女等)	
	⑤発病または 負傷年月日	年 月 日	⑥傷病名				
	⑦発病または 負傷の原因						
	⑧第三者行為による ものですか	はい	いいえ	⑨業務上または通勤途 上での傷病ですか	はい	いいえ	
	⑩傷病の経過						
	⑪振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別 普通 当座	口座番号	名義(カタカナで記入)	
	上記のとおり請求します。 年 月 日						
	被保険者の住所 〒						

氏名

()

電話番号

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日	施術期間						実日数	請求区分
		傷病名及び症状		自: 年 月 日		至: 年 月 日		日		新規・継続	
										転帰	
										継続・治癒・ 中止	
		施 術 料	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	
			通所	施術回数	回	回	回	回	回		
			訪問施術料 1				円×	回=	円		
			訪問施術料 2				円×	回=	円		
			訪問施術料 3(3~9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	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)			
				施術回数	回	回	回	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					
施 術 日	通所○ 訪問1①、訪問2②、訪問3③ 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								
○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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年 月 日 あんまマッサージ指圧師 住所 〒 免許登録番号			保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地							
同 意 記 録	同意医師の 氏名	医療機関名	住 所		同意年月日						
					同意・ 再同意	年 月 日					
	傷 病 名		要加療期間 年 月 日~ 年 月 日								