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
2024 年　3 月分

☑被保険者
□家　　族

療養費請求書

対応する項目に☑○、施術年月を記入してください。

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 12345　電話番号	②被保険者の氏名	健保　太郎
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		
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	2024 年　3 月　3 日	⑥傷病名	脳出血後遺症、四肢麻痺
⑦発病または負傷の原因	脳出血で片麻痺となり医師が治療上必要と認め、マッサージの施術を指示された。		
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	良好です。		

③籍を置いている会社名を記入してください。

⑧⑨が「はい」の場合は、請求不可です。

⑪ 振込先（被保険者名義）	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義（カタカナで記入）
	○○銀行	△△支店	普通 当座	0123456	ケンポ　タロウ

⑪被保険者（社員本人）の口座を記入してください。

上記のとおり請求します。　2024 年　4 月　10 日

被保険者の住所　〒 123-4567
××市○○区△△1-2-3

氏名　健保　太郎

06　（　6123　）4567

あんま・マッサージ師記入欄

施術者（あんま・マッサージ師）に記入してもらってください。

初療年月日	施術期間	実日数	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	転帰
	継続・治癒・中止

施術内容欄								摘要
施術料	マッサージ（施術料）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	
		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（3～9人）				円×　回＝		円	
	訪問施術料　3（10人以上）				円×　回＝		円	
	温罨法（加算）						＝　円	
	温罨法・電機光線器具（加算）				円×　回＝		円	
	変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	同意部位		（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	
		施術回数		回	回	回	回	
					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	

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っての外出困難　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。　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
年　月　日
あん摩マッサージ指圧師　住所　〒
免許登録番号
氏名
電話番号　（　　）

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