

被保険者  
家 族

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

記入見本

令和 6 年 11 月 1 日

|                                                                              |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|----------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                              | 被保険者等<br>記号・番号                                                                                   | 記号                                                                                  | 110                                                                            | 番号      | 1234567                  | 被保険者氏名   | 三菱 太郎                                     |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 所 属                                                                                              | 事業所名                                                                                | <input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続<br>三菱電機株式会社・本社・人事部 |         |                          | 生年月日     | 昭和 52 年 5 月 25 日                          |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 被保険者<br>住所                                                                                       | (〒 123 - 0022 ) TEL ( 03 ) 3333 - 3333<br>東京都大田区 # # 1-2-3-405                      |                                                                                |         |                          |          | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、被保険者住所<br>とことなる場合に記載） |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 傷病名                                                                                              | 脳梗塞後遺症                                                                              |                                                                                |         |                          |          | 業務上・外<br>第三者行為の有無                         | 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 発病又は負傷の<br>原因及びその経過                                                                              | 経過良好（わかる範囲でご記入下さい）                                                                  |                                                                                |         |                          |          | 発病又は<br>負傷年月日                             | 昭和 令和 27 年 7 月 5 日<br>平成                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 施術を受けた<br>施術所                                                                                    | 名 称                                                                                 | 〇〇マッサージ院                                                                       |         |                          |          | 施術者氏名                                     | 丸の内 敬子                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                                                                                  | 所在地                                                                                 | 東京都武蔵野市××6-7-8                                                                 |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 施術の期間<br>(支給期間：月単位)                                                                              | 令和 6 年 10 月 1 日 ~ 令和 6 年 10 月 31 日                                                  | 日数                                                                             | 5 日     | 施術に要した<br>費用の額           | 12,500 円 |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | ※ 被扶養者（家族）が施術を受けた場合に記載                                                                           |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 被扶養者氏名                                                                                           | 三菱 トメ                                                                               |                                                                                | 生年月日    | 昭和 令和 28 年 3 月 1 日<br>平成 | 続柄       | 母                                         |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 退職後の請求の場合に記載 《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座に入金します》                       |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入社年月日                                                                        | 退職後に申請する場合のみご記入ください（被保険者名義に限る）<br>社員の方・特例退職・任意継続の方は記入不要<br>※特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座へ入金します |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          | 日                                         |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                                                                         |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関名                                                                        |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考                                                                           |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あ<br>ん<br>ま<br>マ<br>ッ<br>サ<br>ー<br>ジ<br>指<br>圧<br>師<br>記<br>入<br>欄           | 初療年月日                                                                                            | 施 術 期 間                                                                             |                                                                                |         |                          | 実日数      | 請求区分                                      |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 平・令 年 月 日                                                                                        | 自/令和 年 月 日 ~ 至/令和 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                               |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 施 術                                                                                              | 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)                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                                                                                  |                                                                                     | 施術回数                                                                           | 回       | 回                        | 回        | 回                                         | 回                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 通所                                                                                               |                                                                                     | 円 ×                                                                            |         | 回 =                      |          | 円                                         | ※施術報告書交付料を算<br>定している場合は施術<br>報告書の写しが必要と<br>なります。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 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        |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 温罨法（加算）                                                                      |                                                                                                  | 円 ×                                                                                 |                                                                                | 回 =     |                          | 円        |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 温罨法・電気光線器具（加算）                                                               |                                                                                                  | 円 ×                                                                                 |                                                                                | 回 =     |                          | 円        |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変<br>更<br>※                                                                  | あん摩マッサージ指圧師に記入してもらってください                                                                         |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 料                                                                            | 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        |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 費 用 額 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 |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院○                                                                          | 訪問2②                                                                                             | 月                                                                                   |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 往療◎                                                                          | 訪問3③                                                                                             |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○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( ) ) |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                   |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日                                                                     |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          | 住所       |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 免許登録番号                                                                       |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          | 施術所名称    |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          | 氏名       |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         |                          | 電話       |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                             | 同意医師の氏名                                                                                          | 住 所                                                                                 |                                                                                | 初診同意年月日 | 再同意年月日                   | 傷病名      | 要加療期間                                     |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 前回                                                                                               |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 今回                                                                                               |                                                                                     |                                                                                |         |                          |          |                                           |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄                                                        | 支 給 額                                                                                            | ¥                                                                                   |                                                                                |         |                          | 支給決定日    | 令和 年 月 日                                  |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                |         | 支給決定<br>並びに<br>支出決議      | 常務<br>理事 | 担<br>当<br>者                               |                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所  
受  
付  
印