

決定年月日	年 月 日	
支給年月日	年 月 日	【内訳】
支給額	円	法定 円
		付加 円
一部負担額	円	

理事長	専務理事	常務理事			
資格取得・認定日		昭・平・令 年 月 日			
資格喪失日		平・令 年 月 日			

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）
（ 年 月分 ・ 第 回目）

神戸新聞健康保険組合理事長 殿

下記のとおり、療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請いたします。

【被保険者が記入するところ】

被保険者証の記号		被保険者証の番号		事業所名	
被保険者氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	連絡先	自宅携帯（ ） -
療養を受けた者の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
傷病名				発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日
発病又は負傷原因及びその経過				業務上・外第三者行為の有無	1.業務上 2.第三者行為 3.その他
施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載）					

【あんま・マッサージ師等が記入するところ】

初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	実日数	日	請求区分	新規・継続	
傷病名又は症状						転帰	継続・治癒・中止・転医	
施術料	マッサージ	同意部位	躯 幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	適用
		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			円×	回=		円	
	温罨法			円×	回=		円	
	温罨法・電気光線器具			円×	回=		円	
	変形徒手矯正術 ※ 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	
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	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：○、往療：◎、訪問1：①、 訪問2：②、訪問3：③		往療又は訪問の理由		1.徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 3.その他（ ）		2.認知症や視覚、内部、精神障害等により徒歩による外出困難																																																														
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。														令和 年 月 日																																																						
	所在地														保健所登録区分														1.施設所所在地 2.出張専門施術者住所地																																								
	あん摩 マッサージ 指圧師														施術所名														免許登録番号																																								
施術者名														電話番号														（ ） -																																									
同意記録	同意医師の氏名														住所																																																						
	同意年月日														令和 年 月 日														傷病名														要加療期間														令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで												

添付書類 必須書類 … 領収書(原本) 医師の同意書(原本)
該当する場合 … 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書