

健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書 (年 月分)

太枠線内は、すべて記入してください。

(あんま・マッサージ・指圧用)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	事業所名					
	施術を受けた者 の氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄		
	傷病名(医師の同意を受けた)				発症又は負傷の年月日			
	発症又は負傷の 原因及びその経過				平成・令和 年 月 日			
	施術を受けた 施術所の名称 所在地			施術者氏名				
	施術の期間 (支給期間)	令和 年 月 日から	日数	施術に要した費用の額 ※領収書(原本)を提出				
		令和 年 月 日まで	日	円				
	同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名		要加療期間	
				令和 年 月 日				
	上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 印 被保険者 住所 氏名							
明治グループ健康保険組合理事長 殿								

施 術 内 容 欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		実日数	日		請求区分	新規・継続																						
	傷病名及び症状									転帰	継続・治癒・中止・転医																						
	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)	摘要																								
			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	(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		回=		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																																
○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。		令和 年 月 日		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																											
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		住所	氏名																											
						電話																											

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

／ 健保受付印 \

備考欄

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者