



# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

1 2  
あんま・マッサージ・指圧用

受 療 者 情 報	氏名	性別	続柄	生年月日		
	療養を受けた方の (フリガナ)	男 女		元号	年	月 日
	傷病名	発症又は負傷 年月日		元号	年	月 日
	業務上・外、第三者行為の有無			<input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> その他
発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯						

施 術 内 容 証 明 欄 (※あんま・ マッ サ ー ジ 師 記 入 欄) (記入又は添付)	初療年月日	年 月 日	請求区分	1. 新規	2. 継続		
	施術期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		実日数	日
	傷病名 (症状)					転帰	1. 継続 2. 治癒 3. 中止 4. 転医
	マッサージ			円 ×	局所 ×	回 =	円
	変形徒手 矯正術			円 ×	肢 ×	回 =	円
	温罨法			円 ×		回 =	円
	温罨法・ 電気光線器具			円 ×		回 =	円
	往療料	往療料 2kmまで	円 ×	回 =	円	合計	円
		加算 ( Km )	円 ×	回 =	円		
	摘要						
施術日	【通院は○】で、【往療は◎】でそれぞれ表示してください。 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						
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 (円 - ) 所在地 施術所名 氏名 電話番号 ( )							
免許登録番号 _____ あん摩マッサージ 指圧師 (印)							

医 師 同 意 書 (記入又は添付)	患者氏名	生年月日	年 月 日	発病(初診) 年月日	年 月 日	
	傷病名	要加療期間				
	症状 <small>※これまでの経過 と見通し</small>	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ( )			往療の 必要性 について	1. 必要とする 2. 必要としない
	施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術	部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢		
	上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、あんま・マッサージ・指圧の施術に同意する。 年 月 日 (円 - ) 所在地 保険医療機関名 氏 名 電 話 番 号 ( ) (印)					