

健康保険
被保険者
家族

療養費・療養附加金
(あんま・マッサージ)

支給申請書

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者資格の記号番号 ※		被保険者(申請者)の氏名・印		生年月日		
	123 — 4567		港 健太		昭和 47 年 7 月 18 日		
	住所		〒 140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号		
	〒 140 - 0002				090-1234-5678		
	事業所	名称		所在地			
		芝浦港運株式会社		〒 108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45			
	受診者	1. 被保険者 (本人)		被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日	
		2. 被扶養者 (家族)				昭和 平成 令和 年 月 日	
	傷病名	くも膜下出血		発病または 負傷年月日		平成 29 年 8 月 頃 日	
	発病の原因および 経過(詳しく)	原因	日常生活における疲労の積み重ね				
経過		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ					
施術を受けた 施術所の	名称		所在地		施術者氏名		
	〇〇治療院		〒140-0002 東京都品川区東品川6-7-8		△△ △△		
施術期間 (支給期間)	令和 8 年 7 月 3 日 ~ 令和 8 年 7 月 28 日				日数	3 日間	
施術に要した 費用の額	6,750 円						
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意医師	田町 源	〒108-0023 東京都港区芝浦9-8-7	R8.4.10	くも膜下出血	R8.4.10~ R8.9.30		
再同意医師							

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	刀ガナ	
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	口座名義 (請求者名義のみ)	

受 取 代 理 人 の 欄	申請者	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		記入日	8 年 7 月 31 日
	代理人	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太		受付印	
	住所 東京都港区芝浦1-23-45 氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介				

あん摩マッサージ指圧師記入欄	患者氏名		フリガナ																											
	傷病名																													
	初療年月日		平成 年 月 日				請求区分		☐ 新規 ☐ 継続				転帰		☐ 治癒 ☐ 中止															
	施術期間		令和 年 月 日から				実日数		日		摘要																			
			令和 年 月 日まで																											
	施術内容	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																										
		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																												
温電法（加算）		円 × 回 = 円																												
温電法・電気光線器具（加算）		円 × 回 = 円																												
変形徒手矯正術（加算） ※ 温電法との併給は不可		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																												
明細書発行加算		円 × 回 = 円																												
合計		円																												
施術月 月 施術日（ 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ ）																														
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 ☐ 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 ☐ 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 ☐ その他（ ）																														
施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																														
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																														
記入日 年 月 日																														
あん摩マッサージ指圧師																														
住所																														
氏名																														
電話番号（ ）																														
保健所登録区分（ ☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者所在地） 免許登録番号（ ）																														