別添１（別紙４）

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄			
○被保険者等の記号番号(左づめ)		○発病又は負傷年月日	○傷病名
	－	年　月　日	
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	昭・平・令　年　月　日生		○業務上・外、第三者行為の有無 １．業務上　２．第三者行為である　３．その他 ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄				
初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
（　）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			転帰 継続・治癒・中止・転医	

施術料		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要
マッサージ（施術料）		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				
温罨法（加算）		円×	回＝	円				
温罨法・電気光線器具（加算）		円×	回＝	円				
変形徒手矯正術（加算） ※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×	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	訪問１①	訪問２②	訪問３③	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
通所○																																			
往療◎																																			

○往療又は訪問の理由（１．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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

申請欄	
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和　年　月　日	〒　－
東京文具販売健康保険組合　殿	申請者（被保険者） 住所 氏名　電話

支払機関欄			
支払区分 １．振込	預金の種類 １．普通	金融機関名	銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所
口座名義 カタカナで記入		口座番号(左づめ)	
公金受取口座	☐	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください） （注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	

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		

※ 記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
※ 傷病の原因が第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要になります。

(R6.10)

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

＜受付日付印＞

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	