

赤字で記入している箇所を  
すべて記入してください。  
(不明な箇所があれば  
空白で結構です。)

健康保険組合		
常務理事	所属長	係員

### 療養費支給申請書 (令和 1年 10月分) (あんま・マッサージ用)

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続は除く)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
	記号	8 8	番号	□ □ □ □ □	平成・令和	脳梗塞
					29年 4月 1日	
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) ケンボ イチロウ		続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
	健保 一郎		本人	筋麻痺 筋萎縮 関節拘縮		
	昭和・平成・令和 □□年 □月 □日生		女	○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 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	令和 1年 8月 20日	令和 1年 10月 1日～令和 1年 10月 31日		6日	新規・継続	
	傷病名又は症状	筋麻痺 筋萎縮 関節拘縮		転帰		
				継続・治癒・中止・転医		
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	340円 × 6回 =	2,040円	摘 要	
		右上肢	340円 × 6回 =	2,040円		
		左上肢	円 × 回 =	円		
		右下肢	340円 × 6回 =	2,040円		
		左下肢	円 × 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 4kmまで	円 × 回 =	円				
往療料 4km超	2,700円 × 6回 =	16,200円				
施術報告書交付料 (前回支給:令和 年 月分)	円 × 回 =	円				
合 計	22,320円					
施術日 通院○ 往療◎	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				
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。		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		
	令和 1年 10月 31日	住所	■■市■■区■■町■■-■■			
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 1年 11月 15日	申請者 住所	□□市□□区□□□丁目□番□□号			
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類	金融機関名		
	1. 振込 2. 銀行送金	1. 普通 2. 当座	3. 通知 4. 別段	銀行 本店		
	3. 郵便局送金 4. 当地払			金庫 □□ 支店		
口座名義 カタカナで記入		ケンボ イチロウ	口座番号	□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ 郵便局		
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	
	□□□□	□□市□□区□□丁目□□	令和 1年 8月 10日	脳梗塞		

太枠内の青色文字は  
医師が記入します。

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所  
(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

住所  
代理人 氏名 \_\_\_\_\_

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。

# 診 断 書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患 者	住 所	□□市□□区□□丁目□□
	氏 名	健保 一郎
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 □□年 □月 □日
傷 病 名		
発病年月日	昭和平成令和	29年 4月 1日
診察区分	初 診 ・ 再 診 (○をつけてください)	
診 察 日	令和 1年 9月 20日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください) 軀幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
	関 節 拘 縮	(間接拘縮のある部位について、○をつけてください) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 ( )
	そ の 他	
歩行等 の 状 態	介護保険の要介護度( )分かれば記載ください ① 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ( )	
注 意 事 項 等	注意すべき事項等があれば記載してください (任意)	
令和 1年 9月 20日		
保 険 医 療 機 関 名 □□整形外科		
所 在 地 □□市□□区□□丁目□□		
保 険 医 氏 名 □ □ □ □		

太枠内の青色文字は  
医師が記入します。

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。  
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。