被保険者
被扶養者　療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

被保険者の記入欄

被保険者証の記号・番号	－	被保険者氏名	
受療者氏名（生年月日）	（　　年　月　日生）	発病又は負傷年月日	年　月　日
傷病の原因及びその経過			
第三者行為による傷病ですか	□はい　→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出 □いいえ	業務上、または通勤途上での傷病ですか	□はい □いいえ

上記のとおり請求し、ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。
日本触媒健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

日本触媒健康保険組合理事長 殿　　年　月　日

請求者住所

氏　名

電話番号

資格喪失者記入欄

退職者・資格喪失後の請求者には直接銀行振り込みいたしますので被保険者（請求者）名義の振込銀行口座をご記入ください。

（ﾌﾘｶﾞﾅ） 口座名義人	
銀行　　支店	
普通　・　当座	口座番号

施術者（あんまマッサージ指圧師）記入欄

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	転　帰
年　月　日	年　月　日　～　年　月　日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医

傷病名及び症状詳細

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）
	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）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
	施術回数	回	回	回	回	回
※温罨法との併施は不可	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）	円 ×	回 ＝	円			
合　計	円					
一部負担金（ 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）	円					
請　求　額	円					

施術日	訪1①	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○	訪2②																																
往療◎	訪3③																																

○往療又は訪問の理由（1.独歩による公共交通機関での外出困難　2.認知症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。

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

年　月　日

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿
あんまマッサージ指圧師

住 所（所在地）

施術所名

氏　名

電話番号

同意記録

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		年　月　日		

事業主証明欄

この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

年　月　日

受任者

事業所所在地

事業所名称

事業主名

健保記入欄

資格取得	資格喪失	支給決定	備考
年　月　日	年　月　日	年　月　日	

支給決定金額	常務理事	事務長	係

受付印

注意事項

●暦月ごとにこの申請書を記入してください。　●施術の領収書は原本を添付してください。
●施術報告書交付料欄に記載の場合は、施術者が発行した当該書類の写しを添付してください。
●初めて施術を受け申請する場合、また前回の同意より6か月を超えて引き続き施術を受ける場合、保険医の診察を受けた上で交付された同意書（文書）を添付してください。