

記入例

被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

令和6年10月1日施術以降

※黒のボールペン等で記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要 ●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者欄	被保険者等 記号番号	記号	1 2 * *	番号	* * * *	従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ記入																																			
	事業所	会社名称	〇〇〇〇(株)		所属部署	〇〇工場 〇〇部																																				
	氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ		確認欄	この欄に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入し、 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している																																				
	生年月日	昭和	平成	1	年	10	月	10	日																																	
	住所	(〒 * * * * - * * * *)	東京		都	道府県	日野市〇〇町1-1																																			
申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)																																							
	家族の場合 その方の氏名	健康 花子		生年月日	昭和	平成	令和	2	年	2	月	2	日																													
	傷病名	関節拘縮		発病または 負傷年月日	平成	令和	6	年	1	月	1	日																														
	発病の原因 および経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気(発病の原因	不詳		<input type="checkbox"/> ケガ		⇒「負傷原因届」を併せて提出																																			
受取方法	業務上・外、 第三者行為の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 業務上・第三者行為・通勤途上 その他(不詳)		施術した場所 (上記住所と異なる場合)																																						
	1 <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者等の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、 1236、1240 ⇒本申請に基づく給付金に関する受領を 事業主へ委任※1(事業主経由で支給)		指定口座	<input type="checkbox"/> a. 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 注)口座情報の反映には登録から数日を要します																																					
	2 <input type="checkbox"/>	被保険者等の記号1219の任意継続の方 ⇒登録口座へ振込み			<input type="checkbox"/> b. 以下指定口座への振込を希望します																																					
3 <input type="checkbox"/>	1、2以外の方 ⇒指定口座(被保険者名義)に振込み 3.を選択した場合、右記 a.bどちらか記入		<table border="1"> <tr> <td>金融機関名称</td> <td>銀行・金庫 信組</td> <td>本店</td> <td>支店</td> </tr> <tr> <td></td> <td>農協 漁協</td> <td>本所</td> <td>支所</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他( )</td> <td>出張所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座</td> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td colspan="3">▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								金融機関名称	銀行・金庫 信組	本店	支店		農協 漁協	本所	支所		その他( )	出張所		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入)														
金融機関名称	銀行・金庫 信組	本店	支店																																							
	農協 漁協	本所	支所																																							
	その他( )	出張所																																								
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号																																								
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入)																																									

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入

施術者が証明するところ	施術者に記入を依頼してください。		施術期間		実日数		請求区分																										
			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																										
	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)	摘要																								
	通所		施術回数	回	回	回	回	回																									
	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) ※温電法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
	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																											
費用額計								円																									
施術日		訪問1①	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②		訪問2②																															
往療③		訪問3③																															
○往療又は訪問の理由( 1. 徒歩による公共交通機関を使っでの外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 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		あんまマッサージ指匠師		住所		〒 -																										
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																										