療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

※記入に際しての留意事項及び添付書類等は裏面をご覧ください。
　なお、医療機関での受診状況を確認するため、**支給は早くても施術を受けた月の３か月後**となります。

被保険者欄	○被保険者等記号・番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
	□□□□－□□□□□□	年　月　日	

施術を受けた者の氏名		続柄	
	（フリガナ）	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他（　）	1.業務上　2.第三者行為である　3.その他（　）
	昭・平・令　年　月　日生		○施術した場所（入居施設等、住所地と異なる場合に記載）

※二重線内（「施術内容欄」及び「施術証明欄」）は施術者へ記入を依頼してください。

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	令和　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）
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					

摘要
※施術証明欄の施術者以外が施術した場合に記入

施術者氏名 ＿＿＿＿＿＿

施術日
・　・　・　・　日

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、その費用を徴収しました。	保健所登録区分　1.施術所所在地　2.出張専門施術者所在地
	令和　年　月　日　所在地	
	免許登録番号　施術所名	
	＿＿＿＿＿＿ あん摩マッサージ指圧師 施術者名	電話

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		

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　〒
	東京中央卸売市場 健康保険組合理事長　殿　被保険者（申請者）住所
	氏名　電話

〔保険給付金振込先〕　（①と②のいずれかに☑してください）

① □　マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② □　下の欄に記入した口座への振込を希望します。

振込先	金融機関名	銀行・金庫・信組	支店名	本店・支店・出張所
	種別	普通・当座・その他（　）	口座名義	（フリガナ）
	口座番号	□□□□□□□		