

受療者情報	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
	記号 番号		平成・令和 年 月 日			
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○業務上・外、第三者行為の有無	
	昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
施術内容	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
	平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日～令和 年 月 日			日	新規・継続
	傷病名又は症状					転帰 継続・治癒・中止・転医
	マッサージ	躯幹	円×	回＝	円	摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 _____
		右上肢	円×	回＝	円	
	左上肢	円×	回＝	円		
	右下肢	円×	回＝	円		
	左下肢	円×	回＝	円		
	温罨法（加算）	円×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入	
	温罨法・電気光線器具（加算）	円×	回＝	円	往療日 _____	
	変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円	往療を必要とした理由
		左上肢	円×	回＝	円	
	右下肢	円×	回＝	円		
左下肢	円×	回＝	円			
往療料 4kmまで	円×	回＝	円			
往療料 4km超	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 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	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 年 月 日		所在地			
	あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号		施術所名	TEL		
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			

<記入にあたっての注意事項>

- ※こちらの申請書は、被保険者（または施術を受けた被扶養者）が施術管理者へ記入を依頼してください。
- ※申請書・施術内容明細書は暦月を単位として作成してください。
- ※あはき療養費（鍼きゅう・あんまマッサージ）は償還払い方式となります。
- ※「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 被保険者本人 → 健康保険組合

- ※当該『施術内容明細書』・『施術に要した費用の領収書』を「療養費支給申請書」に必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本） 施術報告書（写し） 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
- 【問い合わせ先】