

同年月日	令和 年 月 日	常務理事		会計	担当者
支払年月日	令和 年 月 日				
支払金額	円				
資格取得	昭・平・令 年 月 日	扶養取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日	扶養喪失	令和 年 月 日		

N I P P O健康保険組合

年 月分

健康保険

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書 A

あんま・マッサージ
はり・きゅう 用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	
	受療者氏名	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	傷病名			発病または負傷した日	令和 年 月 日	
	傷病の経過			発病または負傷の原因		
	施術を受けた施術所	名称			施術者名	
		所在地				
	施術の期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				
	施術に要した費用	円		第三者行為の有無	無 ・ 有	
	委任状	私は本件請求に係る療養費の受領を下記代理人に委任します				
		令和 年 月 日		被保険者氏名		
	会社記入欄	代理人住所	代理人氏名			

- <添付書類>
- ① 受診者名が記載された領収書原本
 - ② 医師による同意書または診断書(初回と6か月ごと)
 - ③ 往療内訳表(往療料を請求する場合)
 - ④ 施術報告書の写し(交付料を請求する場合)
 - ⑤ 施術継続理由・状態記入書(初療日から1年以上経過し、かつ1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方)
- ※ 毎月ごとに申請書を作成してください

受付日付印

療養費支給申請書B (あんま・マッサージ用)

令和 年 月 分

フリガナ					生年月日		
受療者氏名					昭和 平成 令和	年 月 日	
受療者住所	〒						
初療年月日	施術期間			実日数	請求区分		
令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日	新規・継続		
傷病名				転帰			
				継続・治癒・中止・転医			
施 術 者 記 入 欄	マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円	摘 要	
		右上肢	円 ×	回 =	円		
		左上肢	円 ×	回 =	円		
		右下肢	円 ×	回 =	円		
		左下肢	円 ×	回 =	円		
	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		
		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		
	温罨法・電気光線器具(加算)		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: 令和 年 月分)		円 ×	回 =	円			
費用合計				円			
施術日: 通院○ 往療◎							
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							
上記の通り施術を行い、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 出張専用施術者所在地	
令和 年 月 日			所在地				
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号			施術所名				
()			氏名				
			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		

- 1 施術内容欄は保険分のみ記入をしてください。
- 2 往療料が発生する場合は「往療内訳表」をご提出ください。
- 3 施術報告書交付料を請求する場合は「施術報告書」の写しをご提出ください。
- 4 初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。