

## 健康保険 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ施術者記入用)

自動車振興会 健康保険組合

あん摩マッサージ指圧師記入欄

患者氏名								
傷病名 及び症状								
初療年月日	平・令 年 月 日		請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止	
施術期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		実日数	日	摘要			
施 術 内 容	マッサージ (施術料)		同意部位	(軀幹)	(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) ※ 温罨法との併給は不可		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						

施術日 ( 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ )

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

往療又は訪問の理由  独歩による公共交通機関を使っての外出困難  
 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難  
 その他 ( )

施術した場所 (入居施設や住所地特例等、住民票住所地と異なる場合に記載)

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

あん摩マッサージ指圧師

住 所

氏 名

電話番号 ( )

保健所登録区分 (  施術所所在地  出張専門施術者住所地 ) 免許登録番号 ( )

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。