決定年月日：　年　月　日

常務理事	事務長	担当	入力

健康保険　療養費支給申請書（令和7年2月分）　【記入例】

（あんま・マッサージ用）

被保険者記入欄

提出日	○○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者等　記号・番号	被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケ ン コ ウ　タ ロ ウ	電話番号
20 － 555555		健 康　太 郎	(090) 1234 － 5678 （自宅・携帯・勤務先） ※日中連絡可能な番号
被保険者の住所	〒730－0041 広島県広島市中区小町1－1		

施術を受けた者の氏名・生年月日等	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンコウ　タロウ 健 康　太 郎	生年月日	昭・平・令　50年 12月 1日	年齢	49 歳	被保険者との続柄	本人

傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	筋 麻 痺	発症又は負傷の年月日（療養開始日）	令和6年 12月 18日
発症・負傷の原因及び経過	（原因及び経過をご記入ください）	施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載）	
業務上・外、第三者行為の有無	1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　）	施術に要した費用の額	8，250 円

同意記録

同意医師の氏名	所在地	同意年月日	傷病名	要加療期間
中電　次郎	広島県広島市中区大手町1－1	令和6年 12月 20日	筋麻痺	6ヶ月

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自　年　月　日　至　年　月　日	日	新規・継続

傷病名及び症…

転帰：・治癒・中止・転医

施術料：マッサ… / 通所 / 訪問 / 訪問 / 訪問 / 訪問 / 温罨法 / 温罨法・… / 変形徒手… ※温罨法… / 特別地域…

往療料

施術報告書交付料

摘要

施術日　訪問1①　通院○　訪問2②　往療◎　訪問3③　月 … 27 28 29 30 31

○往療又は訪問の理由

施術管理者へ記入を依頼してください。

施術証明欄

上記のとおり施術… 年 月 日　所在地　…門施術者住所地

免許登録番号

電話

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

被保険者確認欄	✔	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ①　申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②　記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

＜記入にあたっての注意事項＞
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 同意した医師の診療報酬明細書を確認し審査を経て支給の可否を決定しますので支給時期は施術月から数ヶ月後となります。
- 「同意記録欄」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「同意記録欄」に記入してください。
- 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

受付印

＜その他添付書類（該当する場合）＞　添付書類の口にチェックを付けてください。

□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認書

□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

決定欄

支給回数	支給算出額	支給決定額
回		円