療養費支給申請書（　　年　　月分）　あんま・マッサージ用

被保険者記入欄

健康保険の記号番号	記　号	番　号					
療養を受けた者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 男・女	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	
発病又は負傷年月日	平成 令和　　年　　月　　日	傷病名					
発症又は負傷の原因及びその経過		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				

上記の診療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　　住所　〒

申請者
（被保険者）

アボット健康保険組合　殿

氏名

☐ マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

※口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名	預金の種類	口座番号
銀行 金庫 農協　　本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義（カナ） （被保険者名義）

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
傷病名又は症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

マッサージ	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘要
	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（3～9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	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	
	施術回数	回	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

往療・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、視覚、内部、精神障害等により独歩での外出困難
3. その他（　　）

施術証明欄

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

令和　　年　　月　　日　　住所

あん摩マッサージ指圧師

氏名　　電話

備考

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		

受付日付印