

療養費支給申請書 (令和6年10月分) (あん摩・マッサージ用) 【令和6年10月以降用】

被 保 険 者 欄	○記号・番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過		
	〇〇 - 〇〇〇	令和〇年〇月〇日	脳出血後遺症 脳出血で片麻痺となり、主治医から医療上必要とのことで指示された。		
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
		健保 花子	男・女 女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他()	1.業務上 2.第三者行為 3.その他 ○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載) 兵庫県〇〇市〇〇町〇番地
備考※1					

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	帰		
		中止・転医		
	施術料	円		
	温			
	温			
	変※			
	特			
	往療			
施術報告				
施術日	29 30 31			
通所○				
往療◎				
○往療又				
施術証明欄	上記の 令和	あん摩マッサージ指圧師	施術所名	施術者住所地
	免許登録番号	施術管理者名	電話	

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。	円 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	令和 〇年 〇月 〇日	被保険者 (請求者) 住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地 氏名 健保 太郎 電話 〇〇-〇〇-〇〇			
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
	〇〇 〇〇	大阪市〇〇区〇〇町〇番地	令和 〇年 〇月 〇日	脳出血後遺症	6か月

申請にあたっては別紙の注意事項を必ずご確認ください。

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）を申請者が健保に直接持参してください。