

被保険者  
家 族

療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】(1年9月分) 第 ×× 回目

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号 99 - 12345	被保険者名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	続柄(被扶養者の場合) 妻	生年月日 昭・平・令 35年 5月 10日
	療養を受けた者の氏名 フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	発症または負傷年月日 平成 令和 30年 6月 10日	傷病名 脳出血による筋肉麻痺	業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯 (原因については、各自が思い当たることをご記入下さい) 脳出血で右半身が自由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージの治療を勧められて開始。まだ右半身が思うように動かず、通院中。			

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (記 入 ま た は 添 付 )	初療年月日 平成 令和 年 月 日	施術期間 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	実日数 日	請求区分 新規・継続
	傷病名(症状)	円 × 局所 × 回 = 円		転帰 継続・治癒・中止・転医
	マッサージ	円 × 局所 × 回 = 円		摘 要
	変形徒手矯正術	円		
	温罨法	円		
	温罨法・電気光線器具	円		
	往療料 2kmまで 加算 ( km)	円 × 回 = 円		
	合計	円		
	施術日 月 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、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 施術所名 所在地 〒 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 印 TEL		

医 師 同 意 書 (記 入 ま た は 添 付 )	患者氏名	生年月日 昭・平 年 月 日	発病(初診)年月日 昭・平・令 年 月 日
	傷病名	要加療期間	
	症状(これまでの経過と見通)	療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない	
	施術の種類 1.マッサージ	4.右下肢 5.左下肢 指圧の施術に同意する。	
	上記の者については、頭書の病	令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 氏名 印 TEL	

被 保 険 者 欄	上記(または添付)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。 令和 1年 10月 5日 住所 〒 ○○○-○○○○ 名古屋市○○区□□町△△-×× 被保険者 氏名 健保 太郎 印 (申請者)
	NDS健康保険組合 理事長 殿

- 被保険者氏名 ○ 各施術月毎(1ヵ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出下さい。
- 施術を受けるごとに発行される領収証原本を全て添付下さい。
- 初療(初診)時、及びその後3ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。