

被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】(年 月分) 第 回目
 家族

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		フリガナ
	-		被保険者名
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	続柄(被扶養者の場合) 生年月日
	平成 令和 年 月 日		昭・平・令 年 月 日
	発症または負傷年月日	傷病名	業務上・外、第三者行為の有無
平成 令和 年 月 日		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			

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (記 入 ま た は 添 付)	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成 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(症状)	マッサージ		転帰
		円× 局所× 回= 円		継続・治癒・中止・転医
		円× 肢× 回= 円		摘 要
		円× 回= 円		
		円× 回= 円		
		円× 回= 円		
		円× 回= 円		
		円× 回= 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 〒 氏名 TEL 免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師				

医 師 同 意 書 (記 入 ま た は 添 付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
		昭・平・令 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し) 1.筋麻痺 2.関節拘縮 3.その他()	往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 2.変形徒手矯正術	部位	1.躯幹 2.右上肢 3.左上肢 4.右下肢 5.左下肢
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、あんま・マッサージ・指圧の施術に同意する。			
	令和 年 月 日	保険医療機関名	TEL
		所在地	
		氏名	

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 年 月 日	住所 〒
	NDS健康保険組合 理事長 殿	被保険者 氏名 (申請者)

- 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。