

健康保険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）パレット健康保険組合

被保険者等	(記号) 000 (番号) 1234567	(記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください)			
被保険者氏名	健保 太郎		生年月日	1. 昭和 2. 平成 46 年 1 月 5 日	
			事業所名称	ABC 商事株式会社	
申請が被扶養者に関するとき	(被扶養者氏名) (続柄)		生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日	
			扶養認定日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日	
傷病名と発病または負傷の原因及び経過	傷病名	脊柱管狭窄症・変形性膝関節症	発病または負傷の年月日	令和 4 年 10 月 1 日	
	原因	(どこで、何をしていた時に、どうなったか等具体的に記入してください) 立ち上がろうとした時に足が痛み、しびれがあった。		通勤(帰宅)途中・業務中・休日 他	
施術を受けた施術所	名称	〇△治療院	施術者氏名	安間 将師	
	所在地	東京都豊島区東池袋〇丁目〇番〇号		第三者(他人)によるものですか	いいえ・はい
施術の期間	令和 4 年 12 月 1 日 から 令和 4 年 12 月 31 日 のうち (5 日間)	施術費用		△△△△ 円	
上記のとおり申請します。住所 〒 000-3333 東京都豊島区南池袋 1 丁目 10 番 13 号 □△マンション 123					
令和 5 年 1 月 6 日 電話番号(日中の連絡先) 080 (0000) 1111					
パレット健康保険組合 理事長殿 被保険者氏名(申請者) 健保 太郎					
※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。					
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		被保険者氏名(申請者) 健保 太郎		
	令和 5 年 1 月 8 日		受領代理人氏名(会社が受領代理人として届出ている人) 事業主記入		

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込みいたしますので、記載は不要です。)

退職者記入欄	☐ マイナポータル等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日数を要します。					
	振込先	金融機関コード	銀行 信用金庫		支店コード	フリガナ		本店 支店		口座名義		
		金融機関名			支店名							
		預金種別	普通・当座		口座番号							

施術者記入欄 (※受けている施術所で記入)	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	請求区分	転帰																						
									日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																						
	傷病名及び症状		摘 要																														
	施術料	マッサージ(施術料)		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																								
				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人~9人)		円×		回=		円																									
		訪問施術料 3(10人以上)		円×		回=		円																									
		温電法(加算)		円×		回=		円																									
		温電法・電気光線器具(加算)		円×		回=		円																									
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位	(右下肢)	(左下肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
			施術回数	回	回	回	回																										
	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		訪問1①	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
通所②		訪問2②																															
往療③		訪問3③																															
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																保健所登録区分				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地													
令和 年 月 日 施術所 所在地 〒 -																																	
登録記号番号																名称				氏名 電話 ()													
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																																	

添付書類	・医師の同意書(原本) マッサージは初診時および初診日以降6か月毎、変形徒手矯正術は1か月毎に必要です。	受付日付印
	・施術報告書(写し) 再同意の際、6か月毎に必要です。	
	・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(原本) 初療日から1年以上経過かつ月16日以上施術が有る場合に必要です。	
■注意事項	暦月ごと受診者ごとに1枚必要です。	

健保記入欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
	申請額	円	法定給付	円
	査定額	円	付加給付	円
	一部負担金	円	指定公費	円
			受付No.	
			医師同意期間	
			支給決定額	円