

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(あんま・マッサージ用)

1/2
被保険者(申)

記入例

被保険者情報	記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1	1	1	1		
	氏名	フリガナ	サカイ タロウ	氏名	堺 太郎	電話番号	0 8 0	-	1 2 3 4	-	5 6 7 8
	住所	〒	1 2 3	-	4 5 6 7	〇〇県△△市□□ 1-1-1					

振込先指定口座	金融機関名称	ヒッコシ	銀行 (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他)	サカイ	(本店) (支店) (本所) (出張所) (支所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義 (カタカナ)	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください。			口座名義の区分

受取代理人欄	被保険者氏名	堺 太郎	令和 7 年 2 月 25 日		
	代理人の情報	住所 〒	1 2 3 - 4 5 6 7	〇〇県△△市□□ 1-1-1	
	氏名	堺 花子	電話番号	080-1111-2222	委任者と代理人の関係

申請内容	受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)																			
	家族の場合はその方の	【氏名】	【続柄】	【生年月日】	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																	
	傷病名	肩部関節痛		発症または負傷年月日	令和	6	1	1	2	2												
	発症・負傷の原因・状況	<input checked="" type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> 業務外		【発症・負傷の原因】 ()																		
	診療を受けた医療機関の情報	名称	〇〇整骨院	所在地	〇〇県△△市××2-3-4		施術者の氏名				柔整 次郎											
	施術を受けた期間	令和	6	年	1	1	月	2	4	日	から	6	年	1	1	月	3	0	日	まで	日数	6

10割負担した領収書の金額 6,000 円

【添付書類】
 ① 施術に要した費用の領収書(原本)
 ② (初回請求の場合) 医師の同意書(原本)
 ※同意年月日から6ヶ月以内に複数回申請される場合は、初回の医師の同意書(原本)をコピーして保管し、2回目以降はコピーを添付してください。
 ※6か月を超えて引き続き施術を受ける場合、医師の再同意の同意書(原本)・施術者が医師へ提出した施術報告書のコピーを添付してください。
 (変形性徒手矯正術は1ヵ月)
 ※初回施術から1年以上経過していて、1ヵ月の施術回数が16回以上の方は、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付してください。

【注意事項】
 ※発病または負傷の原因が業務上・通勤途中の事故による場合は、労災保険給付に該当するため、健康保険組合から療養費は支給されません。

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当
この欄は記入不要です。			

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

記入例

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号番号				○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																											
					年 月 日																															
	療養を受けた者の氏名				(フリガナ) 男・女				続柄		○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 ()) ○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)																									
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数				請求区分																							
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日				新規・継続																							
	傷病名及び症状												転 帰 継続・治療・中止・転医																							
	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)		摘 要																			
					施術回数		回		回		回		回		回																					
	通所				この欄は、施術を受けた医療機関および 施術者に記入してください。								円																							
	訪問施術料												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		(右上肢)		(左上肢)		(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○ 訪問2②																																				
往療◎ 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 ())																																				
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				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																							
	免許登録番号				あん摩マッサージ指圧師				住所				氏名				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。				令和 年 月 日				申請者 (被保険者) 殿				住所				氏名				電話															
	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行				本店																			
1. 振 込				1. 普通								金庫				支店																				
2. 銀行送金				2. 当座								農協				出張所																				
3. 郵便局送金				3. 通知																																
4. 当地払																																				
口座名義カタカナで記入				口座番号												郵便局																				
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																											
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和 年 月 日				申請者 住所				(被保険者) 氏名				住所				代理人 氏名																

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。