

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 年 1 月 1 1 日
	氏名	フリガナ サカイ タロウ	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 ○○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。 サ カ イ ハ ナ コ			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	○○県△△市□□ 1-1-1
	氏名	堺 花子	電話番号 080-1111-2222

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	年 月 日
	傷病名	肩部関節痛		発症または負傷年月日	令和 6 年 1 1 月 2 2 日	
	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 ○○整骨院	所在地 ○○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 日
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ヶ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)	続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																													
	男・女			( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )																													
昭・平・令 年 月 日生				○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																													
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																											
施術内容欄	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。		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	住所		千 一																													
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。		住所		千 一																												
	令和 年 月 日	申請者 (被保険者) 殿		住所		氏名		電話																									
支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店																										
	1. 振 込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			支店																										
3. 郵便局送金		4. 当地払	3. 通知	4. 別段			出張所																										
口座名義カタカナで記入		口座番号				郵便局																											
同意記録欄	同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名																										
					令和 年 月 日																												
要加療期間																																	
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 (被保険者)		住所		氏名																													
代理人		住所		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。