

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ用)
 家族

(令和 7 年 1 月分)



※印刷は、A 4 片面でお願いします。

<被保険者記入用>

1 枚目

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
 (修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

① 提出日	令和 7 年 1 月 30 日		健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。		
	記号(3桁) 番号(6桁)		000-0000-0000		
② 被保険者等	○○○ ○○○○○○		<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先携帯 <input type="checkbox"/> 個人携帯		
	個人番号(12桁)		<input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話		
③ マイナンバー	××××××××××××		④ 事業所名(会社名) ○○○株式会社		
⑤ 被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		⑥ 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
	建保 太郎			<input type="checkbox"/> 平成	0 年 0 月 0 日
⑦ 現住所	(〒 000 - 00000) 電話(000) 0000 - 0000 ○○市○○町○-○-○				
⑧ 受療者氏名(申請対象者)	(フリガナ) ケンポ ハナコ		⑨ 続柄	⑩ 生年月日	
	建保 花子				妻
⑪ 傷病名	脳内出血、四肢麻痺		⑫ 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 0 年 0 月 0 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	
⑬ 傷病の原因およびその経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他			〔原因および経過を具体的に記入ください〕 脳出血で片麻痺となり、かかりつけの医師に医療上必要とのことで指示された	
⑭ 第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⑮ 業務上または通勤途上での傷病ですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」の場合は療養費支給申請に該当しない場合があります。	
⑯ 被保険者が在籍の場	委任状	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答することに同意します。 被保険者氏名 必ず自署してください			
⑰ 被保険者が任意継続被保険者または退職(予定)の場合	振込先	銀行・農協 信金・信組		支店 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号	口座名義	(フリガナ)	

【必要書類】 (いずれも原本を提出してください。支給決定後は返却できません。)

1. 施術に要した費用の領収書

自費診療とわかるもの、宛名は受療者氏名、領収印があるもの、施術年月が記載されたもの。
 ※「施術報告書」が交付された場合はその写しを添付

2. 医師の同意書 (同意内容については医師に照会することがあります。)

必ず当該疾病にかかる主治医が診察したうえでの同意書が必要です。(口頭同意不可)
 ※変形徒手矯正術は、医療上1ヶ月を超えて行う必要がある場合、必ず同意書を添付してください。

【注意事項】

- 暦月単位で提出してください。(1か月毎に1枚の申請書が必要です)
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらの施術を受けるときは、「医師の同意書(原本)」を添付してください。
- 同意した医師の診療報酬明細書を確認し、審査を経て支給の決定をします。
- 保険医の同意がある施術であっても、厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります。
- 任意継続被保険者の方は、加入時に指定された口座に振込みます。

施術者へご依頼をお願いいたします。

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

④ 受 療 者 氏 名		⑤ 初 療 年 月 日		平成 年 月 日		令和 年 月 日																											
⑥ 施 術 期 間		令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで		⑦ 申請区分																											
⑧ 傷 病 名 お よ び 症 状 詳 細		⑨ 転 帰		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 転医																													
⑩ 施 術 内 容																																	
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	摘 要																								
			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人から9人)				円	回=	円																										
	訪問施術料 3 (10人以上)				円	回=	円																										
	温罨法(加算)				円	回=	円																										
	温罨法・電気光線器具(加算)				円	回=	円																										
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併術は不可		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																										
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 分																															
		年 月 分		円		回= 円																											
合 計						円																											
施 術 日		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	
月																																	
		※上段：通所○ 往療◎ 下段：訪問1① 訪問2② 訪問3③																															
往療又は訪問の理由		<input type="checkbox"/> 独歩による公共機関を使つての外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他(
⑪ 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				<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所															
令和 年 月 日														免許所登録番号 あんま・マッサージ指圧師																			
住所(所在地)																																	
施 術 所 名 称																																	
氏 名																																	
電 話																																	
⑫ 同 意 記 録																																	
同意医師の氏名														同意医師の住所																			
TEL:																																	
同意年月日														傷 病 名							要 加 療 期 間												
令和 年 月 日																																	