

同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当
支払年月日	令和	年	月	日					
支給決定額			拾万	万	千	百	拾	円	

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)

※ あんま・マッサージ師等への受領委任払いは行っていません。

① 令和 年 月 分

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者の記号と番号	記号	番号	③ 会社名						
	④ 被保険者の氏名				⑤ 生年月日	S・H・R	年	月	日	
	⑥ 申請が被扶養者に関する時はその者の氏名				生年月日	S H R	年	月	日	続柄
	⑦ 傷病名	⑧ 発病又は負傷の原因及びその経過								
受 取 代 理 人 の 欄	⑨ 発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日	⑩ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ			
	⑪ 本申請に基づく給付金に関する受領を、事業主に委任します。 令和 年 月 日									
本人 (被保険者)		住所		氏名		電話 () -				
事業主		住所		氏名						

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間 自・令和 年 月 日	実日数	請求区分						
		年 月 日	至・令和 年 月 日	日	新規・継続						
		傷病名又は症状				転 帰					
		マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	続 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 適 用				
			右上肢	円 ×	回 =	円					
			左上肢	円 ×	回 =	円					
			右下肢	円 ×	回 =	円					
			左下肢	円 ×	回 =	円					
		変形徒手矯正術	円 ×	肢	回 =	円					
		温 罨 法	円 ×	回 =	円						
冷罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円								
往療料 2kmまで	円 ×	回 =	円								
加算 (km)	円 ×	回 =	円								
合 計				円							
施 術 日	月	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									
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										
	住所										
	あんま・マッサージ指圧師 氏名		電話								
同 意 記 録	同意医師の氏名/病院名	住 所 / TEL			同意年月日	傷 病 名	要加療期間				

* 退職後に受給する場合の振込先金融機関	
金融機関名	支店名
口座番号	普・当 No.
フリカチ	
口座名義	

令和 年 月 日 提出

健保受付印

【 記入上の注意 】

〔 被保険者の方へ 〕

1. この申請書は、歴月単位で作成してください（1ヵ月毎に1枚の申請書が必要です）。
2. ① から ⑩ までは、すべて被保険者が記入してください。
3. ⑧ 欄は、分かる範囲でできるだけ詳しく記入してください。
発症の原因が業務上または通勤途上の場合、労災保険に該当するため健康保険組合に請求することはできません（事業所の担当部署にご連絡ください）。
4. ⑪ の受取代理人欄の本人（被保険者）は、被保険者の住所・氏名を記入してください。
5. ⑪ の受取代理人欄の事業主は、事業所のご担当者に署名をしてもらってください。
6. 傷病の原因が第三者によるものであるときは、別途提出書類が必要となりますので、健康保険組合にご連絡ください。
7. 申請の際には、「医師の同意書」（原本）を添付してください。医師の同意は、6ヵ月毎に必要です。
再同意の場合でも、施術の同意には「医師の同意書」の交付が必要です。
8. 施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

〔 あんま・マッサージ師等へ 〕

1. あんま・マッサージ師が記入する欄は、施術者が記入してください。
なお、施術日の欄は、この申請書により申請する月の該当日のみ○（往療が行われた場合は◎）で囲んでください。
2. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
3. 施術期間が6ヵ月を超える場合、医師の再同意が必要です。
医師から同意書の交付を受け、施術を受けている患者が6ヵ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合、再度医師から同意書の交付を受ける必要があります。
また、変形徒手矯正術を受けている患者が1ヵ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合も、同様に同意書の交付を受ける必要があります。