

被保険者
家 族

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	被保険者氏名					
	所 属	事業所名 ☐ 特例退職 ☐ 任意継続		生年月日	昭和 平成 年 月 日				
	被保険者 住所	(〒 -) TEL () -		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、被保険者住所 とことなる場合に記載）					
	傷病名			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				
	発病又は負傷の 原因及びその経過			発病又は 負傷年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
	施術を受け た施術所	名 称	施術者氏名						
		所在地							
	施術の期間 (支給期間：月単位)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日	施術に要した 費用の額 円				
	※ 被扶養者（家族）が施術を受けた場合に記載								
	被扶養者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄				
	※ 退職後の請求の場合に記載 《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座に入金します》								
	入社年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	退職年月日	令和 年 月 日					
	フリガナ		預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	フリガナ				
	金融機関名	銀行	支店	口座番号	名 義				
	備考								
あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分			
		平・令 年 月 日	自/令和 年 月 日 ~ 至/令和 年 月 日		日	新規・継続			
		傷病名及び症状詳細				転 帰			
						継続・治療・中止・転医			
	施 術	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~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			
	円 ×		回 =		円				
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				
費 用 額 計				円					
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		住所		住所			
	免許登録番号	氏名		氏名		氏名			
	あんまマッサージ指圧師	電話		電話		電話			
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	初診同意年月日	再同意年月日	傷病名	要加療期間			
前回									
今回									
健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支給決定日		令和 年 月 日				
	支給決定 並びに 支出決議		常務 理事	担 当 者					

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者
受付印

〔添付書類〕
①受診者名が明記された領収書（原本） ※領収印及び施術所名称等があるもの ※レシートタイプ不可
②保険医療機関にて保険医の診察を受け、交付してもらった同意書（原本）を添付、6ヵ月（変形徒手矯正術は1ヵ月）を超えて引き続き施術を受ける際も同様です。
〔（被保険者）注意事項〕
①特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座への入金となります。
①やむを得ない理由で傷病を診断した医師以外が同意する場合は、その理由を摘要欄に記載してください。
〔（施術師）注意事項〕
②同一疾病により保険医療機関で医療上のマッサージ治療、接骨院・整骨院（柔道整復師）、はり・きゅうとの併給はできません。