

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の記号番号										発病または負傷年月日										傷病名（医師の同意を受けた傷病名）									
											☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日																			
	被保険者 氏名		(フリガナ)										性別		発症または負傷の原因およびその経過															
			(生年月日) 昭 平 令 年 月 日																											
	療養が 被扶養者 に関する とき		(フリガナ)										性別		続柄		業務上・外、第三者行為の有無													
														1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																
(生年月日) 昭 平 令 年 月 日																														

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 平 令 年 月 日 ~ 至 平 令 年 月 日																				日		新規 継続																	
	傷病名又は症状																														転帰																			
																															継続・治癒・中止・転医																			
	マッサージ										躯幹										円 ×		回 =		円		摘要 ※施術管理者以外が 施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . 日																							
											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		※往療を必要とした 場合に記入 往療日 . . 日 往療を必要とした理由																							
	温電法										円 ×										回 =		円																											
	温電法・電気光線器具										円 ×										回 =		円																											
	往療料 4kmまで										円 ×										回 =		円																											
	往療料 4km超										円 ×										回 =		円																											
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)										円 ×										回 =		円																											
費用額計																						円																												
施術日 通院○ 往療◎		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、その費用を領収いたしました。										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																			
																					所在地																													
	免許登録番号										あん摩 マッサージ 指圧師										施術所名										施術管理者名										電話									

委 任 状 欄	本請求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																			
	住所																																																	
	被保険者氏名																																																	
	事業所名																																																	
	代理人所在地																																																	
氏名（健保口 口座名義人名）																																																		
受 取 口 座	公金受取口座										☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は ☒ 。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)																																							
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 月 月 日																				令和 年 月 日~ 令和 年 月 日									

<記入にあたっての注意事項>
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理者へ記入を依頼してください。
・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
<事業所を代理人とする場合の提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 （※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
<公金口座を利用する場合の提出の流れ> 本人 → 健康保険組合
※当該申請書を提出の際には、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。
<その他添付書類（該当する場合）>
☐ 医師の同意書（原本） ☐ 施術報告書（写し） ☐ 往療状況確認表 ☐ 1年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書