

健康保険	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 3 年 7 月分)			

記入例

初 保 険 者 の 氏 名 と 被 保 険 者 の 氏 名	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)							
			4	5	6				7	8	☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和	脳梗塞後後遺症による麻痺				
	(フリガナ) ケンボ タロウ				性別				発症または負傷の原因およびその経過							
	被保険者 氏名 健保 太郎				男				原因不詳							
	(生年月日) 昭 平 令 37 年 7 月 7 日															
療 養 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き	(フリガナ) ケンボ ハナコ				性別				続柄				業務上・外、第三者行為の有無			
	健保 花子				女 妻								1. 業務上 2. 第三者行為である ③ その他			
	(生年月日) 昭 平 令 42 年 4 月 11 日															

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。
また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

被保険者 (申請者)	氏名	令和 年 月 日
代理人 (振込口座を有する者)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	令和 年 月 日
	ケンボ ジロウ 〇〇銀行 〇〇支店 普通 〇〇〇〇〇〇〇〇	

施 術 内 容	初療年月日				施術期間				実日数請求区分						
	平 令 2 年 6 月 10 日				自 平 令 3 年 7 月 1 日 ~ 至 平 令 3 年 7 月 31 日				3 日 新規 継続						
	傷病名又は症状				脳梗塞後後遺症による麻痺				転帰						
					継続・治癒・中止・転医										
	マッサージ				円 × 回 = 円				摘要						
	右 上肢				円 × 回 = 円				※施術管理者以外が 施術した場合に記入						
	左 上肢				350 円 × 3 回 = 1,050 円				施療者氏名						
	右 下肢				350 円 × 3 回 = 1,050 円				施療日 . . . 日						
	左 下肢				350 円 × 3 回 = 1,050 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						
温電法				円 × 回 = 円				往療日 . . . 日							
温電法・電気光線器具				円 × 回 = 円				往療を必要とした理由							
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				3,150 円											
施術日 通院○ 往療◎				7 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。				保健所登録区分				1. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地						
	令和 3 年 8 月 6 日				所在地				〇〇区〇〇 〇-〇-〇						
	免許登録番号				あん摩 マッサージ 指圧師				施術所名						
	〇〇〇〇〇〇								〇〇鍼灸院						
								施術管理者名				〇〇 勇樹 電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			

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 3 年 8 月 15 日															
	住所				東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇															
	被保険者氏名				健保 太郎															
	事業所名				東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇															
	代理人所在地				〇〇設計事務所															
要 約 部	氏名 (健保口 口座名義人名)				設計 大助															
	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。)															
	同意医師の氏名				住所				同意年月日				傷病名				要加療期間			
	〇〇 二郎				〇〇区〇〇 〇-〇-〇				令和 3 月 6 月 1 日				脳梗塞後後遺症による麻痺				令和 3 年 8 月 1 日~ 令和 3 年 11 月 30 日			

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

<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