

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 年 月分)																											
被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者等記号・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 氏名および住所				(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																												
(住所) (〒 -) (TEL) ()																																	
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 3. その他()																								
	(生年月日) 昭 平 令 年 月 日								施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																								
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																								
	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	※施術管理者以外が 施術した場合に記入																						
		通所						円 × 回 =		円	施術者氏名																						
		訪問施術料 1						円 × 回 =		円	施術日 . . 日																						
		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																							
		温電法(加算)						円 × 回 =		円																							
		温電法・電気光線器具(加算)						円 × 回 =		円																							
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位		(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																								
			施術回数		回	回	回	回																									
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																									
合計						円																											
施術日		通所○ 往療◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③																															
		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																																	
往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.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 3.その他())																																	
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. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																								
	令和 年 月 日				あん摩 マッサージ 指圧師				所在地																								
	免許登録番号								施術所名																								
									施術管理者名 電話																								
委 任 状 欄	被 保 険 者	本申請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																											
		被保険者氏名				住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ																											
	代 理 人	事業所名称																															
		事業所所在地																															
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。)																																
	同意医師の氏名				住所				同意年月日				傷病名				要加療期間																
同 意 記 録									令和 年 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、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) □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書																																	
問合せ先 全国設計事務所健康保険組合 給付グループ TEL03-3404-7344																																	