

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)				本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)	
↓対象者をご選択ください													
(令和 年 月分)													

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者資格の記号番号				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）					
					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) 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) 年 月 日								施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の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	
	令和 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																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 施術回数		(軀幹) 回		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 回		摘要 ※施術管理者以外が 施術した場合に記入						
		通所				円 ×		回 =		円														
		(月16回以降の施術に係る50%減減)				円 ×		0.5 ×		回 =		円												
		訪問施術料 1				円 ×		回 =		円								施術者氏名						
		(月16回以降の施術に係る50%減減)				円 ×		0.5 ×		回 =		円												
		訪問施術料 2				円 ×		回 =		円								施術日 . . 日						
		(月16回以降の施術に係る50%減減)				円 ×		0.5 ×		回 =		円												
		訪問施術料 3 (3人~9人)				円 ×		回 =		円														
		(月16回以降の施術に係る50%減減)				円 ×		0.5 ×		回 =		円												
		訪問施術料 4 (10人~19人)				円 ×		回 =		円														
		(月16回以降の施術に係る50%減減)				円 ×		0.5 ×		回 =		円												
		訪問施術料 5 (20人以上)				円 ×		回 =		円														
		(月16回以降の施術に係る50%減減)				円 ×		0.5 ×		回 =		円												
		温電法(加算)						円 ×		回 =		円												
		温電法・電気光線器具(加算)						円 ×		回 =		円												
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)						円 ×		0.5 ×		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 施術回数		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 回												
						円 ×		回 =		円														
(月16回以降の施術における加算に係る50%減減)						円 ×		0.5 ×		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														
明細書発行加算						円 ×		回 =		円														
合計						円																		
※集中率90%以上の施設等入居者（80%減減対象）【該当の場合○】						円		減減後合計額		円														
施術日				通所○ 往療○ 訪問1① 訪問2② 訪問3③ 訪問4④ 訪問5⑤																				
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																		
往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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。				令和 年 月 日		あん摩 マッサージ 指圧師		所在地		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											
	免許登録番号								所在地				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 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 年 月 日								令和			

<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） □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