

健康保険 療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 記 入 欄	記号-番号		施術を受けた者	フリガナ						続柄
	記号	番号		氏名						男・女
				生年月日	昭・平・令 年 月 日					
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			発症または負傷の原因及び経過			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			
	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	
					年 月 日					
	以下のとおり療養費の支給を申請します。 年 月 日 大阪鉄商健康保険組合理事長 様 被保険者 住所 (請求者) 氏名 電話番号 - -									
	振込口座	※被保険者名義の口座をご記入ください。(ご家族の口座に振込する場合は、別途委任状が必要です。)								
	金融機関コード					支店コード				

施 術 者 (施 術 管 理 者) 記 入 欄	初療年月日	施術期間					実日数	請求区分			
	年 月 日	年 月 日～ 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	(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	訪問1①	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									
通所	訪問2②										
往療	訪問3③										
○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				
	年 月 日					施術所所在地 施術所名 施術管理者氏名 電話番号 - -					
あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号 _____											

- この申請書は暦月単位で作成し、施術に要した費用の「領収書」(原本)を添付してください。
- 申請にあたっては、当該疾病の診察をしている医師の「同意書」(原本)を添付してください。ただし、以下の期間は、「同意記録欄」を記入することで添付を省略できます。(月単位 ※変形徒手矯正術を受療している場合は省略できません。
◆同意日が月の15日以前の場合→同意月の翌月から5ヶ月 ◆同意日が月の16日以降→同意月の翌月から6ヶ月)
- 「施術者(施術管理者)記入欄」は、施術所へ記入を依頼してください。
- 以下に該当する場合は、必要書類を施術所に依頼の上、添付してください。
・施術報告書交付料を算定している場合→**施術報告書(写)**
・初療から1年以上経過し、かつ、月16回以上施術をしている場合→**1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**

【作成にあたって】

(記入例)

健康保険 療養費支給申請書 ^① (令和6年11月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者記入欄	② 記号—番号 記号 番号 999 9999		③ 施術を受けた者	フリガナ	ケンポ ケイコ				④ 続柄 男・女 妻
				氏名	健保 圭子				
				生年月日	昭・平・令 45年 8月 25日				
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			発症または負傷の原因及び経過			業務上・外、第三者行為の有無		
	⑤ 筋麻痺			不詳			⑥ 1 業務上 2 第三者行為 ③ その他		
	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	
	⑦	田中 太郎	大阪市西区新町〇-△		平成31年 4月 2日		筋麻痺		
	以下のとおり療養費の支給を申請します。 令和6年12月10日 大阪鉄商健康保険組合理事長 様								
	⑧ 住所 大阪市中央区備後町△-□-× 被保険者 氏名 健保 貴司 (請求者) 電話番号 06-0000-1111								
	⑨ 振込口座	※被保険者名義の口座をご記入ください。(ご家族の口座に振込する場合は、別途委任状が必要です。)							
金融機関コード	0	0	0	1	支店コード	5	6	3	口座名義 (カナで記入)
									⑩ ケンポ タカシ

- ① 施術を受けた年月を記入してください。
- ② 健康保険の記号と番号を記入してください。
- ③ 施術を受けた方の氏名・性別・生年月日を記入してください。
- ④ 被保険者から施術を受けた方をみたときの続柄を記入してください。(「本人」、「妻」、「子」、「父」、「母」など)
- ⑤ 医師から施術に関して同意を得た傷病名とその傷病となった経過(原因)を記入してください。
- ⑥ 発症の原因が業務上(通勤途中)のときは「1 業務上」、交通事故等第三者行為のときは「2 第三者行為」、それ以外のときは「3 その他」に○をつけてください。
- ⑦ 「同意記録」については、「同意書」に記載された内容を記入して下さい。
- ⑧ 被保険者の住所、氏名及び連絡先を記入してください。
- ⑨ 被保険者名義の口座をご記入ください。ご家族(施術を受けた方)の口座に振込を希望される場合は、委任状を添付してください。(書式は任意です)
- ⑩ 口座名義はカタカナで記入してください。

同意書の添付を省略できる場合(イメージ)

(例1) 平成30年12月10日に医師から同意を得たとき

(例2) 平成30年12月23日に医師から同意を得たとき

同意日が月の15日以前のときは、翌月から5ヶ月省略可

同意日が月の16日以降のときは、翌月から6ヶ月省略可

