

健康保険 被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

①平成 年 月 分

|              |                     |               |     |  |  |  |  |  |  |            |  |                        |                                                                          |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|---------------------|---------------|-----|--|--|--|--|--|--|------------|--|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者が記入するところ | ②被保険者の<br>記号・番号     |               |     |  |  |  |  |  |  | ③事業所<br>名称 |  |                        |                                                                          |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | ④被保険者<br>氏名・捺印      | (フリガナ)        |     |  |  |  |  |  |  |            |  |                        |                                                                          |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | ⑤療養を<br>受けた者の<br>氏名 |               |     |  |  |  |  |  |  |            |  | 生年<br>月日               | 昭和<br>平成                                                                 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | ⑥傷病名<br>又は症状        |               |     |  |  |  |  |  |  |            |  | ⑦発病又は<br>負傷年月日         | 平成                                                                       | 年 | 月 | 日 |    |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | ⑧発病の<br>原因及び<br>経過  |               |     |  |  |  |  |  |  |            |  | ⑨第三者<br>行為による<br>ものですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>例) 交通事故やけんか等 |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | ⑩被保険者<br>振込先口座      | 金融<br>機関名     |     |  |  |  |  |  |  |            |  |                        | 支店名                                                                      |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 口座<br>番号            | 普通<br>・<br>当座 | NO. |  |  |  |  |  |  |            |  |                        | フリガナ                                                                     |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  | 名義              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |                                           |                                                                                     |          |      |                        |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------------------------|---|-------------------|-----|-------|--|--|--|--|--|
| あんま・マッサージ師が記入するところ    | 施<br>術<br>内<br>容<br>欄                     | 初療年月日                                                                               | 施術期間     | 自・平成 | 年                      | 月 | 日                 | 実日数 | 請求区分  |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 年 月 日                                                                               |          | 至・平成 | 年                      | 月 | 日                 | 日   | 新規・継続 |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 傷病名                                                                                 |          |      |                        |   |                   |     | 転 帰   |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | マッサージ                                                                               | 軀 幹      | 円 ×  | 回 =                    | 円 | 継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医 | 摘 要 |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           |                                                                                     | 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 |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 温罨法                                                                                 | 左下肢      | 円 ×  | 回 =                    | 円 |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 温罨法・電気光線器具                                                                          | 左下肢      | 円 ×  | 回 =                    | 円 |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 往療料                                                                                 | 2kmまで    | 円 ×  | 回 =                    | 円 |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 加 算 (                                                                               | km)      | 円 ×  | 回 =                    | 円 |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 合 計                                                                                 |          |      |                        |   | 円                 |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           | 一部負担金                                                                               |          |      |                        |   | 円                 |     |       |  |  |  |  |  |
| 請 求 額                 |                                           |                                                                                     |          |      | 円                      |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
| 施術日<br>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<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。<br>平成 年 月 日 |                                                                                     |          |      |                        |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所                                       |                                                                                     |          |      |                        |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       | 氏 名                                       | (印) 免許登録番号                                                                          |          |      |                        |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録      | 電話番号                                      |                                                                                     |          |      |                        |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       | 保健所登録区分                                   | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地                                                             |          |      |                        |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       | 同意医師の氏名                                   | 住 所                                                                                 | 同意年月日    | 傷病名  | 要加療期間                  |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |
|                       |                                           |                                                                                     | 平成 年 月 日 |      | 平成 年 月 日<br>~ 平成 年 月 日 |   |                   |     |       |  |  |  |  |  |

上記のとおり申請いたします。 提出日 平成 年 月 日

|                       |       |   |        |    |          |                       |
|-----------------------|-------|---|--------|----|----------|-----------------------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支給決定額 | 円 | 資<br>格 | 取得 | 平成 年 月 日 | 健<br>保<br>受<br>付<br>印 |
|                       |       | 円 |        | 喪失 | 平成 年 月 日 |                       |

## ＜記入上の注意点＞

### 〔被保険者の方へ〕

1. ①から⑩までをご記入ください。
2. 申請書は、暦月単位ごとに作成ください。
3. 領収証の原本を必ず添付ください。
4. 初めてかかったときの請求の場合、「医師の同意書」(原本)を添付ください。  
初療の日から3か月経過した時点において、更に施術を受ける場合、「医師の同意書」は、実際に医師から同意を得ていれば、必ずしも添付は要しません。この場合、申請書の「同意記録」欄に同意した医師の氏名、住所等が必要です。
5. ⑧欄はできるだけ詳しくご記入ください。
6. 傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため、健康保険組合へ請求はできません。事業所の担当者へご連絡ください。
7. 傷病原因が第三者によるものであるときは、別途「第三者の行為による傷病届」が必要となります。健康保険組合にご連絡ください。

### 〔あんま・マッサージ師等の方へ〕

1. 「あんま・マッサージ師が記入するところ」欄にご記入ください。
2. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を「摘要」欄にご記入ください。
3. 初療の日から3か月経過した時点において、更に施術を受ける場合、「医師の同意書」は、実際に医師から同意を得ていれば、必ずしも「医師の同意書」の添付を要しません。この場合、申請書の「同意記録」欄に同意した医師の氏名、住所等をご記入ください。