

※申請者（社員）は赤枠内をご記載ください。ひと月ごとに1枚必要です

療養費支給申請書（令和7年4月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号	★を参照	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
	1 - 12345		令和7年4月2日	傷病名：脳出血による筋肉麻痺
	(フリガナ) ケンボ タロウ	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
	療養を受けた者の氏名 健保 太郎	男 女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（ ） 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他（ ） ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）	

記号

AC：1

AT：16

AYF：19

AK：24

AKT：26

ATC：27

AKAM：28

AKHM：29

AKEP：30

TACO精機：31

AKE：32

※ご家族が療養を受けた場合は  
ご家族の氏名・性別・生年月日・続柄を記載

★番号⇒資格情報のお知らせ／資格確認書／マイナポータル で確認してください。

※青枠内：施術所記載欄

日	月	日	自・令和	年	求区分	規・継続	帰																								
状態	施術回数						施術回数																								
★番号⇒資格情報のお知らせ／資格確認書／マイナポータル で確認してください。	円× 回＝ 円						円																								
施術料 1	円× 回＝ 円						円																								
施術料 2	円× 回＝ 円						円																								
施術料 3	円× 回＝ 円						円																								
施術料 4	円× 回＝ 円						円																								
施術料 5	円× 回＝ 円						円																								
器具（ ）	円× 回＝ 円						円																								
加算	円× 回＝ 円						円																								
※温電法との併施は不可	円× 回＝ 円						円																								
特別地域（加算）	円× 回＝ 円						円																								
往療料	円× 回＝ 円						円																								
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）	円× 回＝ 円						円																								
合計	円× 回＝ 円						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	月																														
往療◎ 訪問3③	月																														
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒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徒歩による外出困難 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。 令和 年 月 日															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 所在地 施術所名 施術管理者名 電話番号										

申請	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和7年5月11日		〒 XXX-XXXX	
※任意継続被保険者も必ずご記入ください	申請者（被保険者）	住所	ご自宅の住所を郵便番号から記載 氏名 健保 太郎（※社員の名前） 電話 電話番号	
等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。なお、この同意は写しも有効とします。				

※任意継続被保険者も必ずご記入ください	被保険者（申請者）	健保 太郎（※社員の名前）	代理人事業主（口座名義人）	※緑枠内：事業主証明欄（任意継続者は緑枠内は不要）
---------------------	-----------	---------------	---------------	---------------------------

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
	同意した医師の氏名を 記載	病院の住所を記載	令和7年4月10日	脳出血による筋肉麻痺	令和7年4月～ 令和7年9月

<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。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者の「委任欄」は事業主を経由して給付しますので社員の方は委任欄へ記入してください。
- 「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。当該同意書に基づく支給可能期間内の場合、当該同意書に係る費用を添付し、

※医師が同意した年月日  
（同意書を確認してください）

※同意書の有効期間を記載

<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）

※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