

# 療養費支給申請書(あんま・マッサージ)について

## 【提出にあたっての注意事項について】

- \* 本ページと療養費支給申請書(2ページ)をわけて印字してください。  
提出は、本ページと療養費支給申請書の両方をお願いします。  
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- \* **記入例にしたがって、ご記入ください。**
- \* 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。
- \* 申請書は、療養を受けた方毎、診療月毎、施術所毎にわけて記載してください。
- \* 第三者行為による負傷の場合は、「第三者行為による負傷届」を大塚製薬健康保険組合まで提出してください。

## 【添付書類について】

療養費支給申請書に必要な添付資料は、次のとおりです。

### (申請者本人で用意するもの)

- 1.領収書  
3.医師の同意書(初療月および6ヶ月毎の提出が必要です。)
- 「施術報告書」の交付を受けた場合、  
1.施術報告書の写し
- 変形徒手矯正術を受ける場合、  
1.医師の同意書(1か月毎)

## 【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に□をお願いします。

- 1 記入すべき項目に漏れはないか。(記入例の赤文字の箇所)
- 2 添付書類に漏れはないか。
- 3 封筒等の送付先には、次の「送付先情報」を貼付又は正しく記入されているか。

チェック欄

	申請者
1	
2	
3	

## 【送付先情報】

切り取り線

〒532-0003  
大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F  
株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内  
大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

健康保険 被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書( 年 月分)【あんま・マッサージ用】

被保険者欄	記号	番号	所属事業所 及び部署名																														
				電話(内線)																													
	被保険者氏名	(フリガナ)		被保険者 生年月日	昭和	年	月	日																									
					平成																												
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話		メールアドレス																													
	療養を受けた者 の氏名	(フリガナ)		療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 令和	年			月	日																							
	発病又は 負傷年月日	年 月		発症又は負傷の原 因 及びその経過																													
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ · はい		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ · はい																													
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。																													
初療年月日		施術期間					実日数	請求区分																									
() 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																									
施術内容欄	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																													
	温罨法(加算)			円×回=円																													
	温罨法・電気光線器具(加算)			円×回=円																													
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可			同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
				施術回数	回	回	回	回																									
				円×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																													
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	月																															
○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												〒 一 住 所																				
同意記録欄	免許登録番号 _____ あん摩 マッサージ指圧師 氏 名 電話																																
	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																											

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

受取人欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者(申請書)	氏名		
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

金融機関コード				支店コード			
金融機関名称	銀行/信用金庫 本店/支店						
預金種別	普通	当座	その他( )	口座番号			口座名義(カタカナ)

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。
①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点
・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点