

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

1

2

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり療養費(あんま・マッサージ)を支給申請します。

年 月 日

|   |         |        |  |   |   |   |
|---|---------|--------|--|---|---|---|
| 被保険者(申請者)情報   | 記号      | 番号     | 生年月日   | 年 | 月 | 日 |
|   | 被保険者証の  |        | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 |   |   |   |
|   | 氏名      | (フリガナ) | 必ず自署してください。  |   |   |   |
|   | 住所      | (〒 - ) | 都 道<br>府 県   |   |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                      | TEL ( ) |        |  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) |         |        |  |   |   |   |

|           |                   |                |                  |        |
|-----------|-------------------|----------------|------------------|--------|
| 被保険者が記入する | 発病又は負傷<br>年月日     |                | 第三者によるもの<br>ですか? | はい・いいえ |
|           | 発病の原因等<br>(詳しく記載) | どこで…<br>どのように… | 業務中によるもの<br>ですか? | はい・いいえ |

|         |            |  |                       |                      |  |
|---------|------------|--|-----------------------|----------------------|--|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | 銀行 金庫 信組<br>その他 ( )  | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |                      |  |
|         | 預金種別       | <input type="checkbox"/> 1. 普通<br><input type="checkbox"/> 2. 当座 | 口座番号                  | <input type="text"/> | 左づめでご記入ください。   |
|         | 口座名義       | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)            |                       | 口座名義<br>の区分          | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br><input type="checkbox"/> 2. 代理人 |

|         |                |                                |                     |       |
|---------|----------------|--------------------------------|---------------------|-------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 |                     | 年 月 日 |
|         | 氏名             | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ         |                     |       |
|         | 代理人<br>(口座名義人) | (〒 - ) TEL ( )                 | 委任者と<br>代理人との<br>関係 |       |
|         | 住所             | (フリガナ)                         |                     |       |
|         | 氏名             |                                |                     |       |

「施術者記入欄」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

(2022.7)

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 常務理事                 | 事務長                  | 担当                   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
 家 族 (あんま・マッサージ)

1

2

施術者記入用

( 年 月分)

|            |    |    |                |  |  |  |    |
|------------|----|----|----------------|--|--|--|----|
| 被保険者証<br>の | 記号 | 番号 | 受療者<br>の<br>氏名 | <input type="checkbox"/> 昭和<br>生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和 |  |  | 本人 |
|            |    |    |                |  |  |  | 家族 |

|                        |            |         |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|------------|---------|---|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施術者記入欄                 | 初療年月日      | 施 術 期 間 |   | 実日数 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 年 月 日      | 自 年 月 日 | ～ 至 年 月 日   | 日   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 傷 病 名      |         |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | マッサージ      | 軀 幹     | 円 ×   | 回 = | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |            | 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      | 円 ×     | 回 =   | 円   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 温 罨 法<br>電気光線器具        | 円 ×        | 回 =     | 円   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 往療養 2kmまで<br>加算 ( km ) | 円 ×        | 回 =     | 円   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 費用額計                   |            |         |   | 円   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求区分<br>新規・継続          |            |         |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医     |            |         |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 摘 要                    |            |         |   |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日                    | 通院○<br>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 |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 住所（所在地）

年 月 日

施術所名

あんま マッサージ師 氏名

電話

施術者登録番号 ( )

|             |          |    |        |     |       |
|-------------|----------|----|--------|-----|-------|
| 医師の<br>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  |     |       |
|             | 再同意医師の氏名 | 住所 | 再同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
|             |          |    | 年 月 日  |     |       |

[添付書類]

- 領収書（原本）
- 医師の同意書（原本）（初回受診時には原本が必要です。また、初療の日から6ヵ月を経過した時点において更に施術を続ける場合には、医師の同意書を添付して下さい。）