健康保険 被保険者 家族 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

被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ） 必ず自署してください	生年月日　☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和　年　月　日
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者記入欄

傷病名	発病又は負傷年月日	業務上・外、第三者行為の有無
	年　月　日	1．業務上　2．第三者行為 3．その他（　　）
発病または負傷の原因及びその経過		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）

給付金は事業所を経由して支給します。以下、受取代理人の欄をご記入ください。
※任意継続被保険者の方は登録口座へお振込となりますので、記載は不要です

受取代理人の欄

被保険者（申請者）※被保険者記入	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 住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 氏名	
代理人（口座名義人）※事業所記入	（〒　　ー　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

「施術者記入欄」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

常務理事	事務長	担当

京三製作所健康保険組合

（2024.12）

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（あんま・マッサージ）

1 2

施術者記入用

受療者の氏名		本人 / 家族	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日

施術者記入欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年 月 日	自 年 月 日 ～ 至 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

施術内容欄

施術料		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
マッサージ（施術料）		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					

摘要

※往療料を申請される場合記入
＜往療について連携した医師の氏名及び保険医療機関名、連携した日＞

施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

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

年 月 日

〒 －

住所

免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師

氏名 電話

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		

【添付書類】
○「施術に要した費用の領収書」原本
○「同意書」原本
○「施術報告書」写（交付された場合のみ）

京三製作所健康保険組合

（2024.12）