

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

あんま・マッサージ専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )			
	事業所名称	提出委任			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	—				
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座				

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ								
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄 ( )				
	傷病名	発病又は負傷年月日 (療養開始日)		平成	年	月	日					
	発病又は負傷の原因及び状況	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他( )									
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他( )									
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他( )									
		状況	具体的に詳しく									
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名									
		所在地	施術に要した費用		円							
	施術期間(支給期間)	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	(日数
同意記録	氏名	医療機関名	同意年月日	傷病名	要加療期間							
		医療機関住所										
	同意医師											
再同意医師												

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

あん摩マッサージ指圧師記入欄	患者氏名																																																																																												
	傷病名及び症状																																																																																												
	初療年月日	平・令	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																																																																																			
	施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																																																																															
	施術内容	施術料	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 )																																																																																		
			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																																																																																				
		温電法 (加算)					円 ×	回 =	円																																																																																				
		温電法・電気光線器具 (加算)					円 ×	回 =	円																																																																																				
		変形徒手矯正術 (加算) ※ 温電法との併給は不可	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 ( 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ )																																																																																													
<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																														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																																
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 <input type="checkbox"/> 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)																																																																																													
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																																																																				
あん摩マッサージ指圧師 住 所 氏 名 電話番号 ( ) 保健所登録区分 ( <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地 ) 免許登録番号 ( )																																																																																													

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、正しい内容とあん摩マッサージ指圧師の署名(サイン)をご記入ください。