

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	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)			生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -			電話番号 (日中の連絡先) ( ) 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✓)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	-
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他 ( )
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

【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。

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ( )

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・平・令 年 月 日	続柄 ( )	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日	午前・午後 時頃	
	発病又は負傷の原因及び状況 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)				
同意記録	氏名	医療機関名 医療機関住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
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(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

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。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 療養費 支給申請書

(あんま・マッサージ施術者記入用)

東京都農林漁業団体健康保険組合

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 )																															
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 (  施術所所在地  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。