

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	1 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	株式会社 ○○○○
	2 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭平 令 ××年 ×月 ×日
	住所	〒100-0000 東京都渋谷区○○×-× △△マンション×××号	3 電話番号 (日中の連絡先)	090 (××××) ×××× 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	金融機関・支店コード	×××× - ×××
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ	支店 本店・出張所 支所・本所	預金種別	普通 当座 其他 ( )
	4 公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナンバー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。)	口座番号	×××××××	

【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	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)	氏名	
		住所	
	氏名	被保険者との関係 ( )	

申請内容	6 施された方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか	※ はい(いい)	
	7 傷病名	脳梗塞後遺症		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	
	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( )	平(令) 6年 12月 1日	
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他( )	午前(午後) 3 時頃	
		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	不明	
	8 施術を受けた施術所	名称 ○○治療院	所在地 東京都新宿区△△×-×	施術者氏名 ○○○○	施術に要した費用 ×,××× 円
	施術期間(支給期間)	令和 6年 12月 1日 から 令和 6年 12月 31日 まで (日数 3 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	
同意医師	健保 一郎	○○○○病院 東京都新宿区△△×-×	令和6年12月1日	脳梗塞後遺症	
再同意医師				要加療期間	
				6か月	

※ 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。)

8  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

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナンバー」資格情報のお知らせ「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。  
被保険者が亡くなった場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。  
申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。  
その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 注：マイナンバー等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 対象者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 健康保険扱いで、あんま・マッサージの施術を継続して受ける場合は、6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。  
(変形徒手矯正術の場合は、1か月に一度、医師の再同意が必要です。)
- ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

保険適用となる症状

医療上、マッサージを必要とする症状に限り保険適用となります。

対象となる主な症状：筋麻痺、筋萎縮、関節拘縮など

※ただし、可動域の拡大など、症状の改善を目的としていること。

同一疾病により、医療機関で医療上のマッサージを行っている場合は対象外となります。

疲労回復・慰安・予防を目的とする施術は対象外となります。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。

添付書類

注：同意書、再同意書の交付に当たっては、医師による診察が必要となります。

領収書の原本	診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できる領収書の原本
医師の同意書 (施術報告書)	初回 診察のもと、あんま、マッサージの施術を受けることを認める医師の同意書 6か月ごと 6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、診察を受けた医師からの再同意書と再同意に当たり、あんまマッサージ指圧師から交付された施術報告書の写し

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。