

# (あんま・マッサージ)療養費支給申請書

令和 年 月 施術分

(本人・家族)

【第 回目】

被保険者が記入する欄	健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日	
	住所 〒		被保険者	
	氏名		_____	
	下記の通り申請します。			
	記号・番号	—	事業所名称	
	療養を受けたものの氏名		続柄	生年月日 昭・平・令 年 月 日
傷病名				
発病又は負傷の時期及び原因	いつ、どこで 令 年 月 日 ( ) なにをしていて どのように		第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
診察を受けた病院等	名称 住所	施術者氏名		
		施術に要した金額	円	

※施術所発行の「療養費支給申請書」添付でも可	あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
			年 月 日	令和 年 月 日～令和 年 月 日	日	新規・継続		
		傷病名	傷病名または症状詳細				転帰	継続・治癒・中止・転医
		マッサージ	軀幹	円×	回=	円	摘要	
			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・電気光線器具	円×	回=	円			
		往療料	2Kmまで	円×	回=	円		
			加算( km)	円×	回=	円		
		費用額計		円×	回=	円		
		施術日:通院○ 往療◎		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				
保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。			令和 年 月 日			
免許登録番号		住所		TEL				
あん摩マッサージ指圧師		施術所名						
氏名								
同意医師の氏名		住所	同意年月日	傷病名	要加療期間			
			令和 年 月 日					

## 【注意事項】

- 申請書は暦月ごとにご記入ください
- 施術を受けるごとに発行される領収証をすべて添付ください(原本)
- 初めてかかった時の請求には医師からの同意書の添付が必要です。  
※厚労省の定められた期間(6ヶ月)を超える場合は再度同意書の添付が必要です。  
変形徒手矯正術を受ける場合は毎月同意書が必要です。

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

\*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関	金融機関名		支店名	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他( )	口座名義(カナ)	
	口座番号			

受取代理人の欄	本請求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
	被保険者	住所 氏名		
	代理人	住所 氏名 委任者と代理人との関係		

(事)社会保険担当者印

健保組合受付印

## 領収書添付欄

- 領収書(原紙)を糊付けして下さい
- 同意書は貼らないで下さい

1ページ目、同意書と併せて左上をホチキスで止めてご提出下さい