＊＊この申請書は必ず **2枚1組**で申請して下さい＊＊

# 健康保険　**療養費支給申請書**　あんま・マッサージ用　**1枚目**

**被保険者(申請者)が記入するところ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ①被保険者証の記号・番号 | 記号 | | ②被保険者氏名（申請者） | |
| | 番号 | | | |
| ③被保険者(申請者)住所・電話番号 | 〒　　― | | TEL　　（　　） | |
| ④被保険者生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | ⑤所属会社名 | |
| ⑥施術を受けた者 | ☐ 被保険者(本人)　☐ 被扶養者(家族) ➡被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい | | | |
| | 被扶養者氏名 | | 被扶養者生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 |
| ⑦傷病名 | | | ⑧発病または負傷年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| ⑨業務上の負傷ですか | ☐はい　☐いいえ<br>＊労災に該当する場合は原則申請できません | | ⑩第三者行為によるものですか | ☐はい　☐いいえ<br>＊第三者行為が原因の場合は事前にご連絡下さい |
| ⑪発病時の状況または負傷の原因（具体的に） | | | | |
| ⑫備考 | | | | |

**給付金受取先**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ⑬委任状 | 被保険者(申請者) | この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。<br>☐ 在籍している事業所の事業主　➡代理人欄、振込口座欄の記入は不要です<br>☐ その他の受領代理人　➡下記の代理人欄、振込口座欄を記入して下さい<br>氏名：＿＿＿＿＿＿　住所：「被保険者(申請者)住所」欄と同じ | | | |
| | 代理人 | 氏名 | | 電話番号 | |
| | | 住所 | 〒　　― | | |
| ⑭振込口座 | 銀行・信組<br>金庫・農協 | 本店<br>支店 | 預金種別 | ☐ 普通<br>☐ 当座 | |
| | 口座番号 | | 口座名義 | ※カタカナで記入してください | |

― 受付印 ―

| 健保使用欄 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受理決定日 | 令和　年　月　日 | 支給額 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 事務次長 | 担当 |
| 支払日 | 令和　年　月　日 | | | | | | | |
| 資格取得日 | H･R　年　月　日 | 標準報酬月額 | 千円 | | | | | |
| 資格喪失日 | H･R　年　月　日 | 区分 | 本人・家族<br>6歳未満・高齢 | | | | | |
| 扶養認定日 | H･R　年　月　日 | | | | | | | |

＊＊この申請書は必ず**2枚1組**で申請して下さい＊＊

# 健康保険　**療養費支給申請書**　あんま・マッサージ用　**2枚目**

令和　　年　　月分

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号番号 | 記号 | | 番号 | 続　柄 | 本人　・　家族 |
| | 施術を受けた者の氏名 | | | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日生 |
| | 傷病名<br>（医師の同意を受けた傷病名） | | | | 発病または負傷年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| | 発病または負傷原因及びその経過 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 施術内容欄 | 初療年月日 | | 施　術　期　間 | | | 実日数 | 請求区分 |
| | 平成<br>令和　　年　　月　　日 | | 自・令和　　年　　月　　日　～　至・令和　　年　　月　　日 | | | 日 | 新規・継続 |
| | 傷病名又は症状 | | | | | 転　帰 | |
| | | | | | | 継続・治癒・中止・転医 | |
| | マッサージ | | 躯　幹 | 円× | 回＝ | 円 | 摘　要 |
| | | | 右上肢 | 円× | 回＝ | 円 | ※往療の場合記入<br>往療日<br>・　・　・　日<br>往療を必要とした理由 |
| | | | 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 | 4km まで | | 円× | 回＝ | 円 | |
| | | 4km 超 | | 円× | 回＝ | 円 | |
| | 施術報告書交付料<br>(前回支給：　年　月分) | | | 円× | 回＝ | 円 | |
| | 合　計 | | | | | 円 | |
| | 施術日 | 通院○<br>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 | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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 |
| | 令和　　年　　月　　日 | あん摩マッサージ指圧師<br>所 在 地 |
| | 免許登録番号 | 施術所名 |
| | | 施術者名　　TEL |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | | 同意年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 要加療期間 | |
| | 住　所 | | | 傷病名 | | |

＜注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成して下さい。
・二重線枠内（「施術内容欄」「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼して下さい。
・「同意記録」欄は、同意書の原本を添付する場合、記入不要です。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」欄に記入して下さい。