

※この申請書は、必ず 2 枚 1 組で提出して下さい

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被保険者等 記号・番号	記号 78 番号 1234	②被保険者氏名 (申請者)	健保 太郎
③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 144 - 0000 東京都大田区〇〇〇 - 〇〇〇	TEL 03 (××××) ××××	
④被保険者生年月日	昭和・平成 40 年 1 月 1 日	⑤所属会社名	ANA△△△株式会社
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	脳出血による麻痺	⑧発病または 負傷年月日	平成・令和 6 年 8 月 10 日
⑨業務上の負傷ですか	☐ はい ☒ いいえ *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 *第三者行為が原因の場合は事前にご連絡下さい
⑪施術を受けた期間	令和 7 年 2 月 1 日 ~ 令和 7 年 2 月 20 日 (実受診日数: 4 日間)		
⑫発病時の状況または 負傷の原因 (具体的に)	脳出血による後遺症		
⑬備考			

給付金受取先	⑭委任状	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。 ☒ 在籍している事業所の事業主 (※「⑮振込口座欄」を記入してください) 氏名: 健保 太郎 住所: 「被保険者(申請者)住所」欄と同じ	
	⑮振込口座	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店 預金種別 ☐ 普通 ☐ 当座 ※カタカナで記入してください

在籍者の方は、委任状欄の「在籍している事業所の事業主」に✓を付け、被保険者名を記入して下さい。

在籍者の方は、振込口座欄の記入は不要です。

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 7 年 2 月分					
被 保 険 者 欄	被保険者等記号番号	記号 78	番号 1234	続柄	本人・家族
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		生年月日	昭・平・令 40 年 1 月 1 日
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	脳出血による麻痺			
	発病または負傷原因 及びその経過	脳出血による後遺症			

施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分																											
	平成 令和	年 月 日	自・令和 年 月 日 ～ 至・令和 年 月 日		日	新規・継続																											
	傷病名及び症状					転 帰																											
						継続・治癒・中止・転医																											
	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)	摘 要																								
			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																										
		訪問施術料 3 (3)					円																										
		訪問施術料 3 (1)					円																										
		温電法 (加算)					円																										
		温電法・電気光線器					円																										
		変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併用不可					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																												
費 用 額 合 計				円																													
施術日	訪問 1①																																
通所○	訪問 2②																																
往療◎	訪問 3③	月																															

往療又は訪問の理由: 1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や精神障害等		
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。	
	令和 年 月 日	所在地
	免許登録番号	施術所名 施術者名

同 意 記 録	同意医師氏名		同意年月日	令和	
	住 所		傷病名		

施術を受けたあんま師・マッサージ師より
記入および押印を必ずもらって下さい。

同意書の原本を添付する場合は、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。