

記入例

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号							○発病又は負傷年月日		○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）																							
	1	1	2	3	4	5	6	7	○	年	○	月	○	日																			
	(フリガナ) ダイトウ タロウ							続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																								
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 大東 太郎							○男 ○女 ○本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																								
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・平成/令和 年 月 日 ～ 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		軀 幹	円×		回＝	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名																									
			右上肢	円×		回＝	円	施 術 日 . . . 日																									
			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	※往療を必要とした場合に記入 往 療 日 . . . 日																									
温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×			回＝	円	往 療 を 必 要 と し た 理 由																										
往 療 料 4 km まで		円×			回＝	円																											
往 療 料 4 km 超		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 通院○ 往療○		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
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 免許登録番号							保健所登録区分 所在地		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																							
	あん摩マッサージ指圧師							施術所名		施 術 管 理 者 名																							
								施 術 管 理 者 名		電 話																							
支 払 機 関 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日												〒 123 - 4567																				
	大東建託健康保険組合 殿							被保険者 住 所		東京都〇〇区△△1-2-3																							
								氏 名		大東 太郎																							
								電話		123-456-7890																							
文 字 機 関 欄	☐ 公金受取口座 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 ☒ 。利用しない場合は下記を記入。)																																
	支払区分 振 込				預金の種類 1. 普通 2. 当座				金融機関名 〇〇 銀行 △△ 本店 金庫 支店 農協 出張所																								
	口座名義 カタカナで記入				ダイトウ タロウ				口座番号				1 2 3 4 5 6 7 8																				
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																								
					平成/令和 年 月 日																												

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。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」に記入してください。

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

☐ 医師の同意書（原本） ☐ 施術報告書（写し） ☐ 往療状況確認表 ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書