

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）（令和 6年 10月分）

被保険者欄	○被保険者等記号—番号(右づめ)							○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過															
	1	2	—	3	4	5	6	7	平	令	4年 5月 頃日		脳梗塞後の片麻痺。右半身に麻痺が残り、医師より施術を指示された。												
	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子							続柄		○業務上・外、第三者行為の有無															
施術を受けた者の氏名 健保 花子							男		1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																
(生年月日) 昭平・令 ××年 ××月 ××日							妻		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、健保登録住所地と異なる場合に記載）																
初療年月日							施術期間							実日数											
平・令 年							至・令和 年 月 日							新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医											
施術内容欄	傷病名及							①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、 ③資格確認書等で確認し、ご記入ください。 なお枝番の記入は不要です。							1. 2. に該当する場合には 健保へご連絡ください										
	マッサージ（施術料）							同意部位（施術）（右）（左） 施術回数							摘要										
	通所							円× 回= 円																	
	訪問施術料 1							円× 回= 円																	
	訪問施術料 2							円× 回= 円																	
	訪問施術料 3（3人～9人）							円× 回= 円																	
	訪問施術料 3（10人以上）							円× 回= 円																	
	温電法（加算）							円× 回= 円																	
	温電法・電気光線器（加算）							円× 回= 円																	
	変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可							円× 回= 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																		
合計							円																		
施術日 訪問1① 通所② 訪問2② 往療③ 訪問3③							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																		
○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. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）																									
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							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											
免許登録番号							住所 あん摩マッサージ指圧師							氏名 電話											
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 6年 11月 10日							〒 000 - 0000 住所 ○○県○○市○○町1-2-3							氏名 健保 太郎											
H.U. グループ健康保険組合理事長 殿							電話 090-××××-××××																		
● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑ 公金受取口座を利用します ☐ 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください																									
● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください																									
金融機関名							○○○ 銀行 金庫 農協 ▲▲▲							本店 支店 出張所 預金種別 普通											
口座名義 ※カタカナで記入							ケンポ タロウ							口座番号（右づめ）											
1 1 2 2 3																									
同意医師の氏名							住所							同意年月日											
伊志野 一朗							○○県○○市○○町9-8-7							令和 6年 10月 7日											
傷病名							要加療期間							脳梗塞後の片麻痺											
令和6年10月7日 ~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。
- 「振込先欄」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。
- 被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

※ 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。