

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

（令和 5年 5月分）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号（右づめ）					○発病又は負傷年月日			○傷病名又は症状（医師の同意を受けた傷病名）							
	1	2	-	3	4	5	平	令	4	年	5	月	頃	脳梗塞後の片麻痺		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子					続 柄 男・女 妻	○発症又は負傷の原因及び 脳梗塞			1. 2. に該当する場合には 健保へご連絡ください						

○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
	年 月 日	自・年 月 日	～至・年 月 日	日	新 規 ・ 継 続
傷病名又は症状					転
マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要
	右上肢	円×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合記入
	左上肢	円×	回=	円	施術者氏名
	右下肢	円×	回=	円	施術日 . . . 日
	左下肢	円×	回=	円	
変形徒手矯正術	この欄は施術所にて記入および証明を 依頼してください				
温 電 法	治療を必要とした場合に記入				
温電法・電気光線器具	療日 . . . 日				
往療料 4kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由	
往療料 4km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○ 注療◎	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。		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	所在地			
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	施術所名	施術管理者名 電話	

申 請 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 5年 6月 10日 H.U.グループ健康保険組合理事長 殿	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 被保険者 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 (請求者) 氏 名 健保 太郎 電話 090-xxxx-xxxx
-------------	--	--

振 込 先	● 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。 マイナンバー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 〇〇 銀行 ▲▲▲ 本店 口座名義※カタカナで記入 信金 支店 ケンポ タロウ
	預金種別 普通	口座番号（右づめ）
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	伊志野 一郎 〇〇県〇〇市〇〇町 9-8-7 令和 5年 5月 7日 脳梗塞後の片麻痺 令和5年5月7日 ～年〇月〇日

<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。
 - ・ 被保険者証の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。

<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