

記入例

療養費支給申請書（ 6 年 10 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				保険証等 記号番号記入				○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	1	0	1	-	2	1	1	1	平・令 3 年 5 月 1 日				(医師の同意を受けた傷病名を記入) 医師による(傷病名)の治療を継続してうけていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから、医師による同意によりマッサージ治療に変更した。			
	療養を受けた者の氏名				(フリガナ) ケンボ ハナコ					続柄		○業務上・外、第三者行為の有無					
					健保 花子					男 女		妻		( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) ) ○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)			
照会等の同意				時・平・令 50 年 5 月 1 日生													
				<input checked="" type="checkbox"/> 私は、 開示 また、この請求書の写しにも有効であることを同意します。													

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間														実日数		請 求 区 分														
	平・令 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 者 証 明 欄	マッサージ（施術料）		同意部位 施術回数	( 軀 幹 ) 回	( 右 上 肢 ) 回	( 左 上 肢 ) 回	( 右 下 肢 ) 回	( 左 下 肢 ) 回	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																													
	薬 法（加 算）		円× 回＝ 円																														
電・電気光線器具（加 算）		円× 回＝ 円																															
徒手矯正術（加算） 薬法との併施は不可		同意部位 施術回数	( 右 上 肢 ) 回	( 左 上 肢 ) 回	( 右 下 肢 ) 回	( 左 下 肢 ) 回																											
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○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③		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
○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（ ） ）																																	
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																〒				住 所												
	免許登録番号																あん摩マッサージ指圧師				氏 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 6 年 11 月 1 日													〒444-0018								
	F U J I 健康保険組合 殿						申請者 (被保険者)		住所		知立市山屋敷町1-1											
支払機関欄	預金の種類 1. 普通				2. 当座		金融機関名 三菱UFJ		氏名 健保 太郎		支店名 銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			電話 0566-82-8222						
	口座名義 カタカナで記入		フジ タロウ				口座番号		1		2		3		4		5		6		7	
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					
	加藤 太郎				知立市山屋敷町10-5				令和 6 年 10 月 1 日				(医師の同意を受けた傷病名を記入)									

<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 → 健康保険組合

※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