

記入例

療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

※申請の効力は2年です
※治療内容の確認の為、支払いに
半年ほどかかる場合があります
(○○年 ○○月施術分)

被 保 険 者 記 入 欄	記号－番号 1 － 123456		被保険者氏名(裏面を全て確認の上、請求します) 健保 太郎		連絡先 自宅 0000-00-0000 勤務先 0000-00-0000 (内線551-12345)	
	受療者氏名 健保 花子		私は、本療養費の支給の 関係する保険者等に また、この申請書の写し を、療養機関等の関係機関、又は他 の機関等に提出することに同意します。			
	生年月日 H・R ○○年 ○月 ○日		続柄 妻		被保険者氏名(署名) 健保 太郎	
	受療者住所 〒000-0000 愛知県刈谷市○○町○丁目○番地		施術した場所 □施術所 □自宅 ☒ その他 (入居施設)		発症・負傷年月日 ○○年 ○月 ○日	
	傷病名 腰痛症		傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)			
	第三者行為又は業務上による傷病ですか? ☐ はい ⇒申請前に健保組合まで お問合せください		医療助成受給者ですか? ☐ はい⇒□子ども医療 □障害者医療 ☒ いいえ □ひとり親家庭等医療 □その他		施術に要した費用 ※月単位(1日～月末までの合計金額) 0,000円	
	給付金振込先(被保険者名義)※裏面の4項③をご確認下さい。					
	振込先の記入方法は、裏面の4頁③をご確認ください。					
	名義人氏名 (カタカナ)		ケンポ タロウ		←名義人氏名は被保険者(従業員)名を カタカナでご記入ください。	

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入 欄)	初療年月日 令和 年 月 日		施術期間 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		実日数 日		請求区分 新規・継続																									
	傷病名及び症状						転帰 継続・治癒・中止・転医																									
	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																								
	通所		円	×	回	=	円	摘 要																								
	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・電機光線器具 (加算)		円	×	回	=	円																									
変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可		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 ☐ 独歩による公共 5外出困難 ☐ その他 ()																																
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 [保健所登録区分] 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																																
令和 年 月 日 所在地 あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名 () 氏 名 ⑨ 電話																																
同意 記録		(再)同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日 令和 年 月 日		傷病名		要加療期間																						

【提出方法】 本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保 【支払】 原則、各月10日到着分を当月27日に指定口座へ支払

【添付書類】 ・医師の同意書(原本)※1,2 ・施術に要した費用の領収証(原本) ・施術報告書(写し)※3

【注意事項】 ※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付

※2 同意書の有効期間内における2回目以降の申請時は、同意書の添付を省略して差し支えない。(有効期限6ヶ月)

ただし、「変形徒手矯正術」については、同意書の有効期間は1ヶ月とされており、申請の都度必ず同意書を添付

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付

2024.12改定

健 保 組 合 処 理 欄	給付区分コード	221	区分	1.本外 2.六外 3.家外 4.高外一 5.高外7
	家族番号		資格取得日	
	医療扶助	有()・無	資格喪失日	
	支給額	7割・8割・9割 (高額・付加)有・無・停止	支給期間	室 長 検 討 担 当 受 付
備考		健 保 記 入 欄		