

本人  
 家族

記入例

健保HP内 「はり・きゅう・あんまマッサージ申請  
手引き」を確認した上で、申請して下さい。

健保記入欄  
支給額(法定) 健保記入欄 円

療養費支給申請書 (R6年 10月分) (あんま・マッサージ用)

【添付書類】※領収書の(原本)・医師の同意書(原本)・別紙医師照会同意書(原本・初回のみ)を添付

※被保険者等記号・番号を訂正する場合は、訂正印を押印して下さい。(修正液等不可)

被保険者等記号・番号	1 - 123456	被保険者氏名 健保 太郎	自宅住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 浜松市中央区中沢町〇〇〇〇																															
被保険者事業所名	〇〇株式会社		自宅TEL	〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇																															
所属(課・係・店)	〇〇部 〇〇室 〇〇課 等		傷病名	〇〇〇〇																															
会社TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		発病又は負傷年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日																															
療養を受けた者の氏名 生年月日	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 昭・平・令 〇 年 〇 月 〇 日生	続柄 妻	発症又は負傷の原因及びその経過を詳しく記載してください	いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したのか 詳しく記入してください。																															
<input checked="" type="checkbox"/> 今回の申請は、仕事中、通勤中、相手のいる事故による傷病には該当しません。 ※該当の場合は、必ず健保へご連絡下さい。(□に✓を入れてください)			施術した場所(健保に届出している住所と異なる場合に記載) 〇〇〇〇																																
<input checked="" type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主へ委任します。 またヤマハ健康保険組合が医療機関等に対して内容照会を行うこと又は 該当医療機関等が任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込み させていただきますので記入は不要です。			※資格喪失者のみ以下振込先をご記入ください。																																
振込先	金融機関名	本・支店名	預金の種別	(フリガナ) 口座名義人名																															
コードFNO ( )	コードFNO ( )	普通・当座	口座番号																																
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																															
( ) 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医																															
傷病名及び症状	同意部位		(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	痛 要																											
マッサージ(施術料)	施術回数	回	回	回	回	回	回																												
通所	円×			回=			円																												
訪問施術料 1	円×			回=			円																												
訪問施術料 2							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	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																														
	施術回数	回	回	回	回																														
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	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			
通所〇	訪問2②																																		
往療③	訪問3③																																		
〇往療又は訪問の理由( 1. 独歩による公共交通機関を便するの外出困難 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. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地															
免許登録番号																住所				氏名 電話															
あんまマッサージ指圧師																																			
同意医師の氏名																住所				同意年月日				傷病名				要加療期間							
																				令和 年 月 日															

受け取り代理人欄 (事業主)	住所 事業所名 代表者	事業主証明欄
-------------------	-------------------	--------

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、以下備考欄へ記載してください。被保険者等記号・番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要。)  
備考 ( )

事業所担当者印	健保受付印
---------	-------

\*療養費の請求種の消滅時刻は、支払いを完了した日の翌日から2年間になります。