

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）

記入例

※1か月ごとに申請してください

被保険者が記入するところ	(1)	被保険者等	記号	0000	番号	1111	(2)	被保険者が勤務する（していた）部署・支社、関連会社の名称		太陽生命〇〇支社																							
	(3)	被保険者	氏名	太陽 花子			(4)	療養を受けた方	氏名	太陽 花子 続柄:本人																							
			生年月日	昭・平 51 年 4 月 1 日（49 歳）					生年月日	昭・平 51 年 4 月 1 日（49 歳）																							
	(5)	傷病名	脳梗塞					(6)	発病又は負傷年月日	平・令 3 年 4 月 1 日																							
	(7)	発病又は負傷の原因および経過	☒ 業務外・病気 ☐ 業務上 ☐ 出社・退社途上 ☐ 第三者行為 ☐ その他 ※左記についてチェックしてください *なるべく詳しく記入してください 脳梗塞の後遺症による関節拘縮																														
	(8)	医療機関の治療の有無	☒ あり 医療機関名: ひまわり整形外科 受診時期: 令和 7 年 3 月 ~ 令和 7 年 7 月 ☐ なし																														
	(9)	施術期間	自 令和 7 年 10 月 1 日 ~ 至 令和 7 年 10 月 31 日 2 日間																														
	(10)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。																														
			金融機関名称	本・支店名			種別	口座番号		名義人(カナ)																							
	施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入欄（保険適用分）	(11)	初療年月日	平・令 7 年 8 月 1 日		施術期間	自 令和 7 年 10 月 1 日 至 令和 7 年 10 月 31 日		実日数	2 日 請求区分		新規・継続																					
傷病名及び症状		継続・治癒・中止・転医																															
施術料		マッサージ(施術料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																								
		通所	(月16回以降の施術における加算)																														
		訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																														
		訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																														
		訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																														
		訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																														
		訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																														
	訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																															
	訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																															
	訪問施術料	(月16回以降の施術における加算)																															
温電法(加算)	(月16回以降の施術における加算)																																
温電法・電気光線法(加算)	(月16回以降の施術における加算)																																
変形徒手矯正術(加算)	※温電法との併施は不可																																
特別地域(加算)	円× 回 = 円																																
住療料	円× 回 = 円																																
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円× 回 = 円																																
明細書発行加算	円× 回 = 円																																
合計	円																																
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】																																	
減額後合計額	円																																
施術日	訪問1 ①	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○	訪問2 ②																																
訪問○	訪問3 ③																																
住療◎	訪問4 ④																																
	訪問5 ⑤																																
○住療又は訪問の理由(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 7 年 10 月 31 日										〒 〇〇〇 - ××××																						
同意記録	免許登録番号 〇〇〇〇〇〇〇〇-〇-〇										住所 東京都城南区城南1-2-3																						
	ひまわり 太郎 あん摩マッサージ指圧師										氏名 太陽ひまわり治療院 TEL 03 (0000) 2222																						
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																						
	日本 次郎		東京都城西區城西1-2-3				令和 7 年 7 月 1 日		脳梗塞																								
被保険者が記入するところ	(12) 上記のとおり申請します。												受付日付印																				
	なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。																																
	令和 7 年 11 月 10 日																																
	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇																																
被保険者	住所 東京都東区東1-2-3																																
	フリガナ タイヨウ ハナコ																																
	氏名(自署) 太陽 花子 TEL 03 (0000) 1111																																

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

(10) 「振込口座」欄 給与口座を希望しない場合は記入する。

(12) 書類提出を事業所に委任しない場合は、申請者が直接健康保険組合へ提出する。