健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

あんま・マッサージ専用　（被保険者記入用）

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号　　番号		
	氏名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	住所	〒　　－　　都・道 府・県		
			電話番号（日中の連絡先）	（　　）
	事業所名称		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
		支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号	
	口座名義（カタカナで記入）		口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日 氏名
		代理人（口座名義人）	住所
			氏名　　被保険者との関係（　　）

申請内容	施術された方	□ 被保険者　□ 家族（被扶養者）	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名　　生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日　続柄（　　）		
	傷病名		発病又は負傷年月日（療養開始日）	年　　月　　日
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因		
		経過		
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名	
		所在地	施術に要した費用	円
	施術期間（支給期間）	令和　　年　　月　　日 から　令和　　年　　月　　日 まで　（日数　　日）		

同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
同意医師					
再同意医師					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は２枚１セットです。２枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

関東百貨店 健康保険組合

（令6.12）

健康保険 療養費 支給申請書 （あんま・マッサージ施術者記入用）

関東百貨店 健康保険組合

あん摩マッサージ指圧師記入欄

患者氏名					
傷病名及び症状					
初療年月日	平･令　年　月　日	請求区分	☐ 新規　☐ 継続	転帰	☐ 治癒　☐ 中止
施術期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	実日数	日	摘要	

施術内容							
施術料	マッサージ（施術料）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
		施術回数	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 ×	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			
	温罨法（加算）	円 ×	回 ＝	円			
	温罨法・電気光線器具（加算）	円 ×	回 ＝	円			
	変形徒手矯正術（加算） ※ 温罨法との併施は不可	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（ 通所 ○　往療 ◎　訪問１ ①　訪問２ ②　訪問３ ③ ）

	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
月																															

往療又は訪問の理由　☐ 独歩による公共交通機関を使っての外出困難
☐ 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
☐ その他（　　）

施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証等住所地と異なる場合に記載）

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

あん摩マッサージ指圧師

住 所

氏 名　　電話番号　（　　）

保健所登録区分（ ☐ 施術所所在地　☐ 出張専門施術者住所地 ）　免許登録番号（　　）

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印してください。