被保険者
家　族

療養費支給申請書　（あん摩・マッサージ・指圧用）

令和　　年　　月　　日提出

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号・番号	記号		② 被保険者 氏名 生年月日	
	番号		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
③ 被保険者の現住所	〒　－　　電話　（　　）			
④ 事業所名称				

⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。

氏名		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	被保険者との続柄	

⑥ 傷病名		⑦発病又は負傷年月日	平成・令和　年　月　日
⑧ 発病又は負傷の原因（詳細に記入）	い　つ・・・ ど こ で・・・ どのように・・・		
⑨ 第三者によるものですか	はい　・　いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
⑩ 業務中に発生したものですか	はい　・　いいえ		
⑪ 施術を受けた施術所	名称		
	所在地		
⑫ 施術を受けた日（○を付けてください）	令和　年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 1718 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31　【　　日間】	
	※　暦月単位で１月につき１枚の申請が必要となります。		
⑬ 同意書欄	保険給付決定に必要が生じた場合、療養を受けた医療機関（海外を含む）等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会することに同意します。 被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿		

※　同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。

（フリガナ） 払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	預金の種類	普通 当座 貯蓄	店番		口座名義人氏名（被保険者）	
						ﾌﾘｶﾞﾅ	
	本店 支店			口座番号		氏名	

受領代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名
	代理人（口座名義人）	（〒　－　）　ＴＥＬ　（　　） 住所 氏名　フリガナ

・**被保険者証の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です。）
被保険者のマイナンバー記載欄

施術内容証明書　（あん摩・マッサージ・指圧用）

（令和　　年　　月分）

あん摩・マッサージ・指圧師記入欄

① 被保険者の記号・番号	記号		② 受療者の氏名 生年月日		本人・家族
	番号		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	

③施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
昭和・平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日 ～　年　月　日	日	新規・継続
			転帰
傷病名			継続・治癒 中止・転医

マッサージ	躯幹	円 ×	回 ＝	円	摘要
	右上肢	円 ×	回 ＝	円	
	左上肢	円 ×	回 ＝	円	
	右下肢	円 ×	回 ＝	円	
	左下肢	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）※温罨法との併用不可	右上肢	円 ×	回 ＝	円	
	左上肢	円 ×	回 ＝	円	
	右下肢	円 ×	回 ＝	円	
	左下肢	円 ×	回 ＝	円	
往療料 4Km まで		円 ×	回 ＝	円	
往療料 4Km 超		円 ×	回 ＝	円	
施術報告書交付料（前回　年　月）		円 ×	回 ＝	円	
合計				円	

施術日 通院○ 往療◎	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

④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。
令和　　年　　月　　日

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

あん摩　マッサージ　指圧師　施設の所在地
名称
氏名
電話

あん摩　マッサージ　指圧師 免許登録番号（　　）

⑤同意記録

同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

再同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

【添付書類】　●領収書（原本）　●医師の同意書（原本）　●施術報告書（写し）
（初療日または医師の同意日から６か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には「医師の再同意書」を添付してください。但し、変形徒手矯正術は１か月毎に同意書が必要です。また、施術報告書を施術者から貰い受けた時はその写しを添付してください。）

【注意事項】　本人からの施術希望、日常生活の疲労回復（疲れ・腰痛・肩こり）や疾病予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。

愛知県医療健康保険組合　〒460-0011　名古屋市中区大須三丁目３０番６０号　電話　052-269-3203　【R3.4】