赤字で記入している箇所を
すべて記入してください。
（不明な箇所があれば
空白で結構です。）

健康保険組合		
常務理事	所属長	係員

療養費支給申請書（令和　6年　9月分）（あんま・マッサージ用）【令和6年9月施術分まで】

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被保険者欄

○被保険者証等の記号・番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名
記号 8 8　番号 □□□□□	平成・令和 29 年 4 月 1 日	脳出血後遺症 脳出血で片麻痺となり、主治医から医療上必要とのことで指示された

療養を受けた者の氏名		続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
（フリガナ）ケンポ　イチロウ		本人	脳出血
健保　一郎	男・女		○業務上・外、第三者行為の有無
昭和・平成・令和 □□年 □月 □日生			1. 業務上　2. 第三者行為である　3. その他

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	令和　年　月　日～令和　年　月　日	日	新規・継続

傷病名　　帰

止・転医

マッ　　要

変形

温

温罨法

往療料

往療料

施術（前回支給

合

施術日
通院○
往療◎　　29 30 31

施術証明欄

上記の　　術者住所地

免許登録番

施術を行った
あん摩・マッサージ師に
記入を依頼してください

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和　6年　10月　15日　　〒□□□－□□□□

申請者（被保険者）　住所　□□市□□区□□□丁目□番□□号
□□□□□マンション　□棟□□□

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

氏名　健保　一郎　　電話（□□□□）□□－□□□□

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	
1. 振込　2. 銀行送金	1. 普通　2. 当座	□□□□	銀行・金庫・農協　本店・支店・出張所
3. 郵便局送金　4. 当地払	3. 通知　4. 別段		郵便局

口座名義（カタカナで記入）：ケンポ　イチロウ　　口座番号 □□□□□□□

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

施術を行ったあん摩・マッサージ師に記入を依頼してください

本申請書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

申請者（被保険者）　住所
氏名

代理人　住所
氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

診　断　書　（あん摩マッサージ指圧療養費用）

患　者	
傷 病 名	
発病年月日	
診察区分	
診　察　日	
症　状	）
歩行等の状態	）
注意事項等	
令和 保 険 所 保　険　医　氏　名	

施術を行った
あん摩・マッサージ師に
記入を依頼してください

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。
　　保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。

赤字で記入している箇所を
すべて記入してください。
（不明な箇所があれば
空白で結構です。）

健康保険組合		
常務理事	所属長	係員

療養費支給申請書（令和　6年　10月分）　（あんま・マッサージ用）【令和6年10月施術分～】

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被保険者欄

○被保険者証等の記号・番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
記号 8 8　番号 □□□□□	平成・令和 29 年 4 月 1 日	脳出血後遺症 脳出血で片麻痺となり、主治医から医療上必要とのことで指示された

療養を受けた者の氏名		続柄	○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）
（フリガナ）ケンポ　イチロウ 健保　一郎	男・女	本人	
昭和・平成・令和 □□年 □月 □日生			○業務上・外、第三者行為の有無 （1. 業務上　2. 第三者行為である　3. その他（　　））

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	令和　年　月　日　令和　年　月　日	日	新規・継続

傷病名　　帰

中止・転医

施術料　マ　通　訪　訪　訪　訪　温　温罨法　変形 ※温　特別

往療料

施術（前回支

要

施術日　訪問
通院○　訪問
往療◎　訪問
○往療又は訪

29 30 31

）　）

施術を行った
あん摩・マッサージ師に
記入を依頼してください

施術証明欄

上記の　　施術者住所地

免許登録番

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和　6年　11月　15日

〒□□□－□□□□

申請者　住所　□□市□□区□□□丁目□番□□号
□□□□□マンション　□棟□□□

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿　（被保険者）

氏名　健保　一郎　　電話（□□□□）□□－□□□□

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1. 振込　2. 銀行送金 3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段	銀行　本店 金庫　□□　支店 農協　□□□□　出張所 郵便局

口座名義（カタカナで記入）　　口座番号

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

施術を行ったあん摩・マッサージ師に記入を依頼してください

本申請書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

申請者（被保険者）　住所
氏名

代理人　住所
氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

同　意　書

（あん摩・マッサージ指圧療養費用）

患　者	
傷 病 名	
発病年月	
同意区分	
診　察	
症　状	） 載下さい）
施術の種類 施術部位	
往　　来	）
注意事項	
上 記 マッ 令和 保 険 所 保　険　医	

施術を行った
あん摩・マッサージ師に
記入を依頼してください

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。
　　保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。