

療養費支給申請書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）【令和8年6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 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				番号						平成・令和		年 月 日												
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)										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)										
			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									
	傷病名又及び症状															転 帰									
																継続・治癒・中止・転医									
	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							
						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:令和 年 月分)					円 ×		回 =		円																
合 計									円																
施術日 訪問1① 通院○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③					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																				
○往療又は訪問の理由(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 年 月 日										住 所														
申 請 欄	免許登録番号										あん摩マッサージ指圧師 氏 名										電 話				
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 年 月 日										申請者										住 所				
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類					金融機関名					本店				
	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 金庫 農協					支店 出張所				
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入										口 座 番 号										郵便局				
	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															

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 住所
(被保険者) 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。

健康保険組合		
常務理事	所属長	係員

同意書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけてください)	
診 察 日	令和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください) 軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢
	関節拘縮	(間接拘縮のある部位について、○をつけてください) 右 肩 ・ 右 肘 ・ 右 手 首 ・ 右 股 関 節 ・ 右 膝 ・ 右 足 首 その他 左 肩 ・ 左 肘 ・ 左 手 首 ・ 左 股 関 節 ・ 左 膝 ・ 左 足 首 ()
	そ の 他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)
施術の種類 施術部位	マッサージ (軀 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢)	
	変形徒手矯正術 (右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢)	
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	往復を必要とする理由 介護保険の要介護度()分かれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)	
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上の マッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。 令和 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名		

※ 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。