

療養費支給申請書（令和 〇年 〇〇月分）（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		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	
	8	8	〇年 〇月 〇日			
	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、保険証住所と異なる場合に記載）	
	(フリガナ) ケンボ イチロウ		本人		○業務上・外、第三者行為の有無	
	健保 一郎				(1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他())	
	昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日生					
施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	傷病名		請求区分		新規・継続	
					帰	
					中止・転医	
施術証明欄	上記の				29 30 31	
	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 〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇〇号 近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 〇〇〇〇〇マンション 〇棟〇〇〇 氏名 健保 一郎 電話 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇					
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	
同意記録欄	口座名義		口座番号		郵便局	
	カタカナで記入					
同意記録欄	同意医師の氏名		住所		同意年月日	
					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。

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

同意書

(あん摩・マッサージ指圧療養費用)

患者

傷病名

発病年月日

同意区分

診察日

症状

施術の種類
施術部位

往療

注意事項等

上記の
マッサージ

令和

保険医

所在

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。