

## 療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

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（医師の同意を受けた傷病名）					
	年 月 日							年 月 日								
	(フリガナ)							続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過					
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名							男・女			○業務上・外、第三者行為の有無					
昭・平 年 月 日生							1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )			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	
	年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日		新 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状														転 帰	
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹		円×		回＝		円		※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 _____ 日		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							
	変形徒手矯正術		円×		肢×		回＝		円		※往療を必要とした場合に記入 往療日 _____ 日 往療を必要とした理由					
	温 罨 法		円×		回＝		円									
	温罨法・電気光線器具		円×		回＝		円									
	往療料 4 kmまで		円×		回＝		円									
往療料 4 km超		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												
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. 出張専門施術者住所地					
	免許登録番号 _____							所在地 _____			所在地 _____					
	_____ あん摩マッサージ指圧師							施術所名 _____			_____					
								施術管理者名 _____			☎ 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															
	関西文紙情報産業健康保険組合理事長 殿							被保険者 住 所 _____			氏 名 _____ ☎ 電話 _____					
支 払 機 関 欄	【被保険者（請求者）又は委任代理人の口座に限ります】															
	銀行 _____ 店 番 _____ 普通 信用金庫 _____ 支店（ _____ ） 当座															
	口座番号（左づめ）		□ □ □ □ □ □ □ □		口座名義（ｶﾅﾅ） _____											
受 取 代 理 人	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。 _____ 令和 年 月 日															
	被保険者（請求者）住 所 _____							氏 名 _____ ☎			【申請欄に使用した印に限ります】					
※施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任はできません。																
委任された方 _____							住 所 _____			氏 名 _____ ☎						
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							
					令和 年 月 日											

※必ず裏面の注意事項等をお読みください

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義又は委任代理人名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人 → 健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書原本（支払金額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- 医師の同意書（原本）       施術報告書（写し）       往療状況確認表  
 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

— 健康保険が適用されるのは以下の場合のみです —

医療上、マッサージを必要とする症状に限り健康保険が適用されます。

《対象となる症状》

筋麻痺、筋委縮、関節拘縮 など

※ただし、可動域の拡大等、症状の改善を目的としていることが必要です。

《申請時の注意点》

- ・保険医が交付する施術への「同意書」が必要です。
- ・疲労回復・慰安・予防を目的とするものは対象外です。
- ・同一疾病で医療機関（病院、診療所等）にて治療やマッサージを同時に受けている場合、重複する期間は対象外です。