

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、発症又は負傷の原因及びその経過														
	—										年 月 日																			
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ) 男・女 明・大・昭・平・令 年 月 日生										続柄					○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())														
											○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)																			
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											
	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																			
	温電法 (加算)										円× 回＝ 円																			
	温電法・電気光線器具 (加算)										円× 回＝ 円																			
	変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可										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： 年 月分)										円× 回＝ 円																				
合 計										円																				
施術日 訪問1①										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																				
通所②																														
往療③																														
○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。 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										住所					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										住所					氏名 電話														
	申請者 (被保険者) 殿																													
支 払 機 関 欄	支払区分			預金の種類			金融機関名					銀行					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								金庫					支店													
口座名義カタカナで記入										口座番号					郵便局					出張所										
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																			

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

住所
代理人 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。
なお、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。

<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。
- ・「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。

問い合わせ先

関西文紙情報産業健康保険組合 給付課

TEL. 06-6765-9212