

# 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					
	(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	摘 要 ※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 . . . 且
			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	※治療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 且 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。			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			所在地		
	免許登録番号			施術所名		
	_____ あん摩マッサージ指圧師			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	振 込 指 定 口 座	【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 (ｶﾀｶﾅ) _____			
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 _____						
※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。