

支給決議書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	経理	抜者
	支給年月日	令和 年 月 日				
	支給額	百万 拾万 万 千 百 拾 円				
	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	資格 取得 喪失	年 月 日 年 月 日	扶養認定日 年 月 日

KW

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ用 第 回目)
被扶養者

令和 年 月 日提出

被保険者記入用 (1/2)

被保険者(申請者)情報	健康保険証		事業所名称	業務の種類 (退職後の申請の場合 は退職前の業務)	
	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	住所	〒 都道府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
	療養を受けた者の氏名	被保険者との続柄 ()	療養を受けた者の生年月日及び年齢	昭和 年 月 日 平成 令和 (歳)	
	傷病名	発病または負傷の年月日 平成・令和 年 月 日		傷病又は負傷原因及びその経過	
	業務上の負傷ですか?	はい・いいえ	第三者行為によるものですか?	はい・いいえ	

振込先指定口座	金融機関名称 ※金融機関種別に○で囲んでください	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

あんま・マッサージ・指圧師記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

令和 年 月 日提出

あんま・マッサージ・指圧師記入用 (1/2)

初療年月日	施術期間	月 日から		実日数	請求区分
		月	日まで		
令和 年 月 日					転 帰
負傷名または症状					継続・治療・中止・転移
マッサージ	躯 幹	円 ×	回 =	円	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	
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	右上肢	円 ×	回 =	円	
	左上肢	円 ×	回 =	円	
	右下肢	円 ×	回 =	円	
	左下肢	円 ×	回 =	円	
往療料 4kmまで		円 ×	回 =	円	
加算 (km)		円 ×	回 =	円	
施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)		円 ×	回 =	円	
費用額合計				円	
施術日	月				
通院○往療◎	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				
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。		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				
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号	施術所名称				
()	氏 名				
	電話番号				
同意記録	同意医師の氏名	住所及び医療機関名	同意年月日	傷病名	要加療期間

受付日付印

療養費(あんま・マッサージ)

!) 必ず片面印刷してください。両面印刷で作成された書類は受理できませんのでご注意ください。

!) 記入内容の訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

あんま・マッサージの施術については、一定の要件を満たす場合、健康保険(療養費)の支給対象となります。

申請書は下記2枚です

家族(被扶養者)分の申請であっても、被保険者が申請してください。

支給年月日	令和 年 月 日	業務種別	業務名	経理	扶養
支給額	令和 年 月 日 から	業務種別	業務名	経理	扶養
支給期間	令和 年 月 日 から	業務種別	業務名	経理	扶養
支給額	令和 年 月 日まで	業務種別	業務名	経理	扶養

健康保険 被保険者 被扶養者	療養費支給申請書(令和 年 月分)	(あんま・マッサージ用 第1回)
令和 年 月 日提出	被保険者記入用 (1/2)	
健康保険証 記号 番号	事業所名称	業務の種類 (通称の申請 の場合は通称 前の業務)
氏名 (フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	
住所	〒 郵便 府県	
電話番号 (日中の連絡先)		
療養を受けた者の氏名	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 (歳)	
傷病名	傷病又は負傷原因 及びその経過	
療養上の負担は 負担の年月日	平成・令和 年 月 日	
療養上の負担ですか?	はい・いいえ	第三者行為によるものですか? はい・いいえ

金融機関名称 (※金融機関コードを記入してください)	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号
支店名称 (※支店種別を○で囲んでください)	支店 出張所	店番
預金種別	普通預金	口座番号
口座名義(カナ)		

あんま・マッサージ・指圧師記入用(続きです)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

R4.1更新 学研健康保険組合

健康保険 被保険者 被扶養者	療養費支給申請書(令和 年 月分)	(あんま・マッサージ用 第2回)
令和 年 月 日提出	あんま・マッサージ・指圧師記入用 (1/2)	
初療年月日	施術期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養回数 新規・継続
負担名または症状	施術内容 円 × 回 = 円	転移 継続・治療・中止・転移
マッサージ	頸 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢	円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円
送電法(加算)	円 × 回 = 円	
送電法・電気光線器具(加算)	円 × 回 = 円	
美容徒手矯正術(加算) ※送電法との併用は不可	右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢	円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円
住居費 4kmまで	円 × 回 = 円	
加算 (km)	円 × 回 = 円	
施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)	円 × 回 = 円	
費用合計	円	
施術日	月	
通院〇往復〇	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	保険所登録区分 1. 高幹所所在地 2. 出張専門診療所所在地
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。		
令和 年 月 日	所在地	
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号	施術所名称	
()	氏名	
	電話番号	
同意医師の氏名	住所及び医療機関名	同意年月日
		傷病名
		要知療期間

受付日付印

R4.1更新 学研健康保険組合

必用書類

- 療養費支給申請書
- 施術所で発行された、施術内容の明細付の領収書(原本)
- 医師の同意書

* ご提出いただいた領収書の返却はできません

療養費の支給対象となる症状は、一律にその診断名によることなく、筋麻痺、筋萎縮、関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする場合に限られます。

※筋麻痺・片麻痺の緩解措置や関節可動域の拡大等、症状の改善を目的とした医療用マッサージが支給対象となります。
疲労回復・慰安・予防を目的とする施術は支給対象となりません。

※同一疾病により、医療機関で医療上のマッサージを受けている場合は、支給対象外となります。

あんま・マッサージの療養費支給法は、償還払い(全額立替)方式となりますので、施術所で費用の全額を支払った後、必要書類を添付のうえ支給申請を行ってください。

また、療養費の支給を受けるためには、支給申請時に保険医の同意書の添付が必要となります。医療機関で医師の診察を受け、同意書の交付を受けてください。
保険医から同意書の交付を受け、あんま・マッサージの施術を受けている患者が、6か月を超えて引き続き施術を受けようとする場合、または1か月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合は、再度、保険医の診察・同意書の交付が必要です。

* 申請書ご記入の際は、フリクションペン等消せる筆記具の使用は不可です。

申請書は楷書で丁寧に記入してください。ご提出の前に記入漏れ・添付書類の不足がないかをご確認ください。

【 記入例1 】

支給決議書	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	専務長	経理	担当							
	支給年月日	令和	年	月	日											
	支給額	円	千	百	十	百	十	百	十							
	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	資格	喪失	年月日	扶養認定日

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書(令和〇年〇月分) (あんま・マッサージ師 第〇回書)

令和〇年〇月〇日提出 被保険者記入用 (1/2)

健康保険証	記号	番号	事業所名称	(株)学研〇△□	業務の種類 (退職後の申請 場合は退職 給の業務)	編集
	123	456				
被保険者 情報	氏名	(フリガナ) ガクケン タロウ	生年月日	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日	
	住所	〒123-4567	都道府県	〇〇	△△区〇〇1-2-3-1123	
	電話番号 (日中の連絡先)	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 090-1234-5678				
	療養を受けた者の氏名	学健 太郎	療養を受けた者の生年月日及び年齢	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日	(〇〇 歳)
	傷病名		傷病又は負傷原因及びその経過			高血圧症 順調に回復
	業務上の負傷ですか?	はい・いいえ	第三者行為によるものですか?	はい・いいえ		

金融機関名称 <small>(※金融機関種別を〇で囲んでください)</small>	〇〇△△	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	123
支店名称 <small>(※支店種別を〇で囲んでください)</small>	〇〇〇	支店 出張所	店番	456
預金種別	普通預金	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義(カナ)	学健 太郎 (ガクケン タロウ)			

あんま・マッサージ師 振込用記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

R4.1更新 学研健康保険組合

① 被保険者:本人
被扶養者:家族 } いずれか申請対象を ○で囲んでください

② 保険証に記載されている記号・番号を記入してください



③ 被保険者が所属する会社名を記入してください
(出向中の方は原籍を記入してください)

④ 被保険者氏名・生年月日を記入してください
* 被保険者が亡くなられてご遺族の方が申請される場合は、被保険者名の横に、申請される方(法定相続人)の氏名をかっこ書きで記入してください。
生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。また、法定相続人が申請される場合は、別途書類が必要です。詳しくはお問い合わせください。

⑤ 申請者名義の口座を記入してください
ゆうちょ銀行を希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と口座番号を記入してください。

【 記入例2 】

健康保険 被保険者 被扶養者		療養費支給申請書(令和〇年〇月分)		(あんま・マッサージ用 第 〇 頁)
被保険者氏名 学健 太郎		あんま・マッサージ・指圧師記入用 (1/2)		
令和〇年〇月〇日提出		あんま・マッサージ・指圧師記入用 (1/2)		
初療年月日 令和〇年〇月〇日	施術期間 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	実日数 〇日	請求区分 新規 ・継続	
負傷名または症状	脳梗塞 左片麻痺		転 移 継続 治療・中止・転移	
マッサージ	頸 幹	●●●● 円 ×	▲ 回 = ●●●● 円	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	
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	右上肢	円 ×	回 = 円	
	左上肢	円 ×	回 = 円	
	右下肢	円 ×	回 = 円	
	左下肢	円 ×	回 = 円	
往療料 4kmまで	円 ×	回 = 円		
加算(km)	円 ×	回 = 円		
施術報告書交付料 (前回支給令和〇年〇月分)	●●●● 円 ×	▲ 回 = ●●●● 円		
費用額合計	●●●● 円			
施術日 通院○往療◎	〇月 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			
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。		保険所登録区分 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		
あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号		施術所名称		
()		氏 名		
		電話番号		
同意医師の氏名	住所及び医療機関名	同意年月日	傷病名	要加療期間
学研 医師	東京都品川区五反田●-●-●	令和〇年〇月〇日	脳梗塞 左片麻痺	令和〇年〇月〇日~ 令和〇年〇月〇日
受付日付印				

この用紙は、あんま・マッサージ師にご記入いただいでください。

必用書類

1. 療養費支給申請書
 2. 施術所で発行された、施術内容の明細付の領収書(原本)
 3. 医師の同意書
- * ご提出いただいた領収書の返却はできません