

支給決議書	同年月日		令和 年 月 日				常務理事		事務長		経 理		扱 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						資格	取得	年 月 日			扶養認定日		
令和 年 月 日 まで						喪失	年 月 日			年 月 日					

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 回目)

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	被保険者等記号・番号		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 令和 年 月 日					
	住 所	〒 都 道 府 県									
	電話番号 (日中の連絡先)	()		e-mail (任意)							
	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 平成 令和 年 月 日 (歳)					
	傷病名				傷病又は負傷原因及びその経過						
	発病または負傷の年月日	平成 ・ 令和 年 月 日									
	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

被保險者
被扶養者

療養費支給申請書（令和 年 月分）

受付日付印

被保険者氏名

(あんま・マッサージ用 第 回目)

令和 年 月 日提出

あんま・マッサージ指圧師記入用 (2/2)

初療年月日		施術期間	令和 年 月 日から		実日数	請求区分																											
令和 年 月 日	令和 年 月 日まで		日	新規・継続																													
負傷名 および症状						転 帰																											
						継続・治療・中止・転移																											
施術者記入欄	施術料	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	回	※訪問または往療を必要とする 理由はここに記入ください																									
		通所		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		訪問施術料1		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		訪問施術料2		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		訪問施術料3（3人～9人）		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		訪問施術料4（10人～19人）		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		訪問施術料5（20人以上）		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
		温電法（加算）		円 ×		回 =		円																									
		温電法・電気光線器具（加算）		円 ×		回 =		円																									
		（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		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	（ 軀 幹 ）	（ 右上肢 ）	（ 左上肢 ）	（ 右下肢 ）	（ 左下肢 ）																								
		施術回数		回	回	回	回	回																									
				円 ×		回 =		円																									
（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		回 =		円																											
特別地域加算		250		円 ×		回 =		円																									
往療料 16kmまで		円 ×		回 =		円																											
施術報告書交付料（前回支給 年 月分		円 ×		回 =		円																											
明細書発行加算		円 ×		回 =		円																											
費 用 額 合 計						円																											
※集中率90%以上の施設等入居者（80%通減対象）【該当の場合○】				通減後合計額		円																											
一部負担金（1割・2割・3割）						円																											
請 求 額						円																											
施術した場所 （施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																																	
施術日（通所○、往療●、訪問1①、訪問2②、訪問3③、訪問4④、訪問5⑤）	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、その費用を徴収いたしました。 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																
	所在地 施術所名称																																
	あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号 () 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										

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。

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。

共 同 決 議 書	発行者 令和 年 月 日	令和 年 月 日	受理理事	事務長	経 理	会 長
	支給年月日	令和 年 月 日				
	支 給 額	円 千 百 十 元				
支給理由	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日まで	日額	数回	年 月 日	決議認定日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

WJW

健康保険 経理課長 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんず・マッサージ商業 国語)

令和 年 月 日提出

経理課書記入用 (1/2)

保 険 者 の 身 分 情 報	被保険者等記号・番号	記 号		番 号	事業所名称	専任の医師 (或専任の準医師 の専任診療 の事業所)	
	氏 名	(7桁数字)				生 年 月 日	昭和 年 月 日
	住 所	〒 都 道 府 県				平成 年 月 日	令和 年 月 日
	電話番号 (10桁の通話代)	()				e-mail (任意)	
	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 発病年月日及び発病 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 () 歳
給 付 金 の 支 払 情 報	療養者 の生年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	療養又は長期療養 及びその経過			
	療養上の処置を受けた 年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	療養上の処置を受けた 年月日及び発病 年 月 日			
	療養上の処置を受けた 年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	療養上の処置を受けた 年月日及び発病 年 月 日			

給 付 金 の 支 払 情 報	金融機関名称	銀行	信用金庫	金融機関 記 号
	支店名称	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)			

あんず・マッサージ療養認定入用2に継ぎます

交付日印

社債療養費支上の
提出代行名義記載欄

学研健康保険組合

[illegible]

- 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

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ヵ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ヵ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 】

支給決定書	令和 年 月 日	令和 年 月 日	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
支給決定書	令和 年 月 日	令和 年 月 日	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	支給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

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)	(あんきんマージン用 縦)
令和 年 月 日 提出	被保険者等記号・番号	事業所名称	(株)学研△△□	被保険者記入用 (1/2)
記号	番号	事業所名称	(株)学研△△□	業務の種類 退職後の申請 の場合は退職 給の重理)
123	456	事業所名称	(株)学研△△□	編集
氏名	学健 太郎	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
住所	〇〇 都道府県	△△区〇〇1-2-3-1123		
電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	e-mail	●●●●●△△△.ne.jp	
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 年 月 日	平成 年 月 日
傷病名		傷病又は負傷原因及びその経過	高血圧症	療養に回復
療養または食事療養の年月日	平成 年 月 日	療養または食事療養の年月日	平成 年 月 日	
療養上の費用ですか?	はい	いいえ	第二者行為によるものですか?	はい
いいえ			いいえ	

金融機関名称	〇〇△△	銀行	金融機関記号	123
支店名称		信用金庫	支店	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)			

社会保険労務士の 提出代行署名記載欄	
-----------------------	--

19.7更新 学研健康保険組合

両面印刷は不可

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 マイナポータルや「資格情報のお知らせ」等で、
記号・番号をご確認ください

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。

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)		受付日付印	
被保険者氏名		学健 太郎		(あんま・マッサージ師 第 画目)	
令和 年 月 日提出		あんま・マッサージ師 第 画目 (2/2)			
初療年月日		施術期間		請求区分	
令和 年 月 日		令和 年 月 日から 実日数		新規・継続	
氏名		令和 年 月 日まで		船・帰	
おおよび症状		臨床 左片麻痺		C15・C16・C17・C18・C19・C20・C21・C22・C23・C24・C25・C26・C27・C28・C29・C30・C31・C32・C33・C34・C35・C36・C37・C38・C39・C40・C41・C42・C43・C44・C45・C46・C47・C48・C49・C50・C51・C52・C53・C54・C55・C56・C57・C58・C59・C60・C61・C62・C63・C64・C65・C66・C67・C68・C69・C70・C71・C72・C73・C74・C75・C76・C77・C78・C79・C80・C81・C82・C83・C84・C85・C86・C87・C88・C89・C90・C91・C92・C93・C94・C95・C96・C97・C98・C99・C100・C101・C102・C103・C104・C105・C106・C107・C108・C109・C110・C111・C112・C113・C114・C115・C116・C117・C118・C119・C120・C121・C122・C123・C124・C125・C126・C127・C128・C129・C130・C131・C132・C133・C134・C135・C136・C137・C138・C139・C140・C141・C142・C143・C144・C145・C146・C147・C148・C149・C150・C151・C152・C153・C154・C155・C156・C157・C158・C159・C160・C161・C162・C163・C164・C165・C166・C167・C168・C169・C170・C171・C172・C173・C174・C175・C176・C177・C178・C179・C180・C181・C182・C183・C184・C185・C186・C187・C188・C189・C190・C191・C192・C193・C194・C195・C196・C197・C198・C199・C200・C201・C202・C203・C204・C205・C206・C207・C208・C209・C210・C211・C212・C213・C214・C215・C216・C217・C218・C219・C220・C221・C222・C223・C224・C225・C226・C227・C228・C229・C230・C231・C232・C233・C234・C235・C236・C237・C238・C239・C240・C241・C242・C243・C244・C245・C246・C247・C248・C249・C250・C251・C252・C253・C254・C255・C256・C257・C258・C259・C260・C261・C262・C263・C264・C265・C266・C267・C268・C269・C270・C271・C272・C273・C274・C275・C276・C277・C278・C279・C280・C281・C282・C283・C284・C285・C286・C287・C288・C289・C290・C291・C292・C293・C294・C295・C296・C297・C298・C299・C300・C301・C302・C303・C304・C305・C306・C307・C308・C309・C310・C311・C312・C313・C314・C315・C316・C317・C318・C319・C320・C321・C322・C323・C324・C325・C326・C327・C328・C329・C330・C331・C332・C333・C334・C335・C336・C337・C338・C339・C340・C341・C342・C343・C344・C345・C346・C347・C348・C349・C350・C351・C352・C353・C354・C355・C356・C357・C358・C359・C360・C361・C362・C363・C364・C365・C366・C367・C368・C369・C370・C371・C372・C373・C374・C375・C376・C377・C378・C379・C380・C381・C382・C383・C384・C385・C386・C387・C388・C389・C390・C391・C392・C393・C394・C395・C396・C397・C398・C399・C400・C401・C402・C403・C404・C405・C406・C407・C408・C409・C410・C411・C412・C413・C414・C415・C416・C417・C418・C419・C420・C421・C422・C423・C424・C425・C426・C427・C428・C429・C430・C431・C432・C433・C434・C435・C436・C437・C438・C439・C440・C441・C442・C443・C444・C445・C446・C447・C448・C449・C450・C451・C452・C453・C454・C455・C456・C457・C458・C459・C460・C461・C462・C463・C464・C465・C466・C467・C468・C469・C470・C471・C472・C473・C474・C475・C476・C477・C478・C479・C480・C481・C482・C483・C484・C485・C486・C487・C488・C489・C490・C491・C492・C493・C494・C495・C496・C497・C498・C499・C500・C501・C502・C503・C504・C505・C506・C507・C508・C509・C510・C511・C512・C513・C514・C515・C516・C517・C518・C519・C520・C521・C522・C523・C524・C525・C526・C527・C528・C529・C530・C531・C532・C533・C534・C535・C536・C537・C538・C539・C540・C541・C542・C543・C544・C545・C546・C547・C548・C549・C550・C551・C552・C553・C554・C555・C556・C557・C558・C559・C560・C561・C562・C563・C564・C565・C566・C567・C568・C569・C570・C571・C572・C573・C574・C575・C576・C577・C578・C579・C580・C581・C582・C583・C584・C585・C586・C587・C588・C589・C590・C591・C592・C593・C594・C595・C596・C597・C598・C599・C600・C601・C602・C603・C604・C605・C606・C607・C608・C609・C610・C611・C612・C613・C614・C615・C616・C617・C618・C619・C620・C621・C622・C623・C624・C625・C626・C627・C628・C629・C630・C631・C632・C633・C634・C635・C636・C637・C638・C639・C640・C641・C642・C643・C644・C645・C646・C647・C648・C649・C650・C651・C652・C653・C654・C655・C656・C657・C658・C659・C660・C661・C662・C663・C664・C665・C666・C667・C668・C669・C670・C671・C672・C673・C674・C675・C676・C677・C678・C679・C680・C681・C682・C683・C684・C685・C686・C687・C688・C689・C690・C691・C692・C693・C694・C695・C696・C697・C698・C699・C700・C701・C702・C703・C704・C705・C706・C707・C708・C709・C710・C711・C712・C713・C714・C715・C716・C717・C718・C719・C720・C721・C722・C723・C724・C725・C726・C727・C728・C729・C730・C731・C732・C733・C734・C735・C736・C737・C738・C739・C740・C741・C742・C743・C744・C745・C746・C747・C748・C749・C750・C751・C752・C753・C754・C755・C756・C757・C758・C759・C760・C761・C762・C763・C764・C765・C766・C767・C768・C769・C770・C771・C772・C	

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