

# 健康保険 被保険者家族療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳	
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒	—	)	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(		)				

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
		<input type="text"/>	

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1 - ①受診した者の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ
	5 負傷の原因	<input type="checkbox"/> 1. 勤務中 2. 通勤中 3. 交通事故 4. その他 ( )

受付日付印

「施術者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;



健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
 家 族 (あんま・マッサージ)

施術者記入用

施術者記入欄

初療年月日	平・令 年 月 日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止																													
施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日																															
傷病名 および症状																																		
施術料	マッサージ	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																										
		施術回数	回	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) ※温罨法との併術は不可	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																														
費用総額			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○	訪問2②																																	
往療◎	訪問3③	月																																
往療又は訪問の理由	1. 徒歩による公共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( )																																	
上記のとおり施術を行い, その費用を徴収しました。			令和 年 月 日																															
施術所の所在地																																		
施術所の名称																																		
施術者の氏名			電話 ( )																															
同意記録	同意 医師氏名																																	
	同意年月日	令和 年 月 日	傷病名																												要加療期間			

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家 族 (あんま・マッサージ)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)	11	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	45	525	55 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎				
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○ )	△△ 都道府県	△△市△△番△△号 △△△マンション601			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111						

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 太郎	

振込先指定口座	金融機関 名称	○○○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456 右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンホ° タロウ		

申請内容	1 受診者	1 被保険者 2. 家族 (被扶養者)
	1 - ①受診した者の	氏名 健保 太郎 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 5 月 25 日
	2 傷病名	脳梗塞後遺症 3 発病または 負傷年月日 令和 6 年 11 月 20 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 病気 (原因および経過) 2 ケガ 外出先にて倒れ、緊急搬送後手術となった。 左半身に麻痺と疼痛がある
	5 負傷の原因	4 1. 勤務中 2. 通勤中 3. 交通事故 4. その他 ( 発病 )

受付日付印

「施術者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

施術者記入用

施術者記入欄

初療年月日 平・令 年 月 日 請求区分 新規・継続 転帰 継続・治癒・中止

施術期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 実日数 日

傷病名 および症状

療養担当者(施術者)記入欄
※被保険者は記入しないでください。
※療養担当者(施術者)に記入を依頼してください。

施

Table with columns for dates (1-31) and rows for 施術日 (訪問1), 通所 (訪問2), 往療 (訪問3).

往療又は訪問の理由 1. 徒歩による公共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

上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日

施術所の所在地
施術所の名称
施術者の氏名

電話 ( )

同意記録

同意 医師氏名
同意年月日 令和 年 月 日

住所

傷病名 要加療期間