

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

1

2

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)
氏名 (フリガナ)
住所 (〒 - ) (都 道 府 県)
電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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
退職(予定)者又は法定相続人の方が請求する場合は記入してください。
金融機関名称 (銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所) その他( )
預金種別 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 口座番号
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(ˆ)は1字としてご記入ください。) ※被保険者名義の口座を記入すること

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 生年月日 □昭和 □平成 □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) □ 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ
5 負傷の原因 □ 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・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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)

1

2

施術者・事業主記入用

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	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	概要																								
		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																															
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徒歩による外出困難 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											住所																				
	同意年月日	令和	年	月	日	傷病名											要加療期間															

事業主記入欄	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名	電話 ( )			

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	45	52	5	55 歳
					<input type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	タロウ					
		健保	太郎						
住所	(〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇	)	△△	都道府県	△△市△△番△△号	
電話番号(日中の連絡先)	TEL	070	(	0000	)	1111		△△△マンション601	

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が請求する場合は記入してください。			
	金融機関名称	〇〇〇	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
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。)			※被保険者名義の口座を記入すること
	ケンポ° 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・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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														
マッサージ	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								
<p><b>療養担当者(施術者)記入欄</b>                  ※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。</p>														
往療◎	訪問③③	月									31			
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徒歩による外出困難 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	住所												
	同意年月日	令和	年	月	日	傷病名	要加療期間							

事業主記入欄

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

**事業主記入欄**  
 ※被保険者は記入しないでください。

社会保  
提出代