記入例　「被保険者欄」は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

（書類は所属事業所に提出してください）

＊但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

高7

被保険者
家　族（家族に丸印）

療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

（R　○年　○月分）

被保険者欄

被保険者証の記号・番号	療養を受けた者の氏名		続柄	生年月日
●●●－△△△	フリガナ ケンポ　ハナコ 健保　花子	男・女（女に丸印）	妻	S・H・R（Sに丸印） ○年○月○日生

発症または負傷年月日	傷病名	業務上・外、第三者行為の有無
H・R（Hに丸印） ▲年▲月▲日	脳出血による筋肉麻痺	1.業務上　2.第三者行為　3.その他（私傷病）（3に丸印）

発症又は負傷の原因及びその経過、受療の経緯（できるだけ詳しく）

（原因については、各自が思い当たることをご記入下さい）

脳出血で右半身に麻痺が残り、主治医からマッサージ施術を勧められ開始。

○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）

症状を自覚した日でも可

※業務上の場合は申請不可

※第三者行為の場合は健保に別途「第三者行為申請書」提出が必要

施術内容・証明欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
R　年　月　日	年　月　日　～		新規・継続

傷病名または症状　　転帰：中止・転医

マッサージ（施術料）	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢
	施術回数	回	回	回

施術料		
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		
温罨法（		
温罨法・電		
変形徒 ※温罨法		
特別地域		
往療料		
明細書発行		
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）	円×　回＝	円
合　計		円

あん摩師・マッサージ師・指圧師に記入を依頼してください

＊施術報告書交付料の申請がある場合は「施術報告書」を添付

＊訪問施術料4または5を算定する申請書には、訪問施術総括表（あんま・マッサージ）を添付

施術日　月　通所○　往療◎　訪問1①　訪問2②　訪問3③

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

往療または訪問の理由（1.独歩による交通機関を使っての外出困難　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（　　））

上記の通り施術を行い、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.出張専門施術所所在地

令和　年　月　日

施術所名

所在地　〒　－

免許登録番号　あん摩マッサージ指圧師　氏名　印　TEL

被保険者欄

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

住所　〒○○○－○○○○　△△△…

被保険者氏名　健保　二郎（申請者　自署）　健保（印）

TEL　＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊

大同特殊鋼健康保険組合　理事長　殿

大同健保

【在職者のみ記入】

上記金額の受領を　　に委任します（会社名を記入）

【退職者のみ記入（任意継続被保険者を除く）】

金融機関名　銀行・信用金庫　支店　／　1.普通　2.当座（いずれかに○）

口座番号　口座名義人（カタカナで記入）

在職者の場合は委任先会社名のみ、退職後の申請は振込先欄のみご記入ください（該当する方を記入）

＊ゆうちょ銀行に振込希望の場合、支店名は漢数字3桁を、口座番号は振込専用7桁の番号を記入してください。