健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（あんま・マッサージ用）

1 2 注意点等

被保険者（申請者）記入用

※申請書は『全２ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者 申請者の情報

〔受診時〕被保険者等（右づめ）	記号 □□□□ 番号 □□□□□□□	事業所名称
氏名		生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成 □□□□□□
連絡先住所	（〒 ー ） 都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	

振込先指定口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名称	労働金庫〔 〕 本店 本店営業部 支店				
店番号	□□□	口座番号	□□□□□□□ 右づめでご記入ください。	預金種別	1．普通
口座名義	▼カタカナ			口座名義の区分	□ 1．申請者 2．代理人

「２」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日 氏名 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	申請者と代理人との関係

２ページへ続きます。〉〉〉

・被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 □□□□□□□□□□□□

（R7.3）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

全国労働金庫健康保険組合

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（あんま・マッサージ用）

被保険者 申請者 記入欄

1 受診者	□ 1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）
1 - ①家族の場合はその方の	氏名　（続柄：　） 生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
2 傷病名	□ 病気 □ ケガ □ 不明 （傷病名） ／ 3 発病または負傷年月日 令和　年　月　日
4 業務上・外、第三者行為の有無	□ 業務上 □ 第三者行為 □ その他 （傷病の原因および経過）
5 施術所・居住地以外で施術した場所	※施術した場所が、入居施設や居住地特例等、施術所・居住地と異なる場合に記載

施術者 あんま マッサージ指圧師 記入欄

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	自・令和　年　月　日 ～ 至・令和　年　月　日	日	新規 ・ 継続
傷病名及び症状			転機
			継続・治癒・中止・転医

施術料	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
マッサージ（施術料）	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）※温罨法との併施は不可	同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
	施術回数	回	回	回	回

変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	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
合計			円
一部負担金（ 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）			円
請求額			円

摘要

施術日	訪問1 ① 訪問2 ② 訪問3 ③	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
通所 ○ 往療 ◎																																	

往療又は訪問の理由　1. 独歩による公共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（　）

施術証明欄

上記のとおり施術を行い、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. 出張専門施術者住所地

令和　年　月　日

施術所　所在地　〒　－

名称　電話

登録記号番号

施術管理者　氏名

同意記録

同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

申請にあたっては注意点等をご確認ください。〉〉〉

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（あんま・マッサージ用）

1. 申請書の作成について

◎申請書は、一施術所ごとに、暦月（1日～月末）単位で作成してください。
◎「施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入欄」は、施術管理者へ記入を依頼してください。
◎「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。
ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく有効期間内（下記参照）の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

2. 添付書類について

（1）『領収書（原本）』
＊施術に要した費用（10割）の領収書
＊宛名が無記名のレシートは不可

（2）『医師の同意書（原本）』＜初回と再同意時に必要＞
＊同意書の有効期間
①1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、5カ月後の月末まで。
②16日～月末までに医師が同意書を作成した場合、6カ月後の月末まで。

例）1月　1日に医師が作成した場合は、6月30日まで有効。
1月16日に医師が作成した場合は、7月31日まで有効。

（3）『施術報告書（写し）』
＊施術報告書交付料の支給申請をされる場合に必要

（4）『1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（マッサージ用）』
＊初療の日から1年以上経過している患者であって、かつ、一カ月に施術を受けた回数が16回以上の場合に必要

※（2）は診察を受けた保険医から、（3）（4）は施術者から、必要に応じて発行を受けてください。

3. 給付金の支給決定時期

振込処理は月2回（原則5日と20日）、事前に支給決定通知書を送付します。
療養費（あんま・マッサージ）を支給決定する際には、保険医療機関の診療報酬明細書（レセプト）を確認させていただく場合があります。なお、その場合の支給決定は、施術を受けた月から4カ月以上となることがあります。

〔提出先・お問い合わせ先〕
〒101-0052
東京都千代田区神田小川町3－20　第2龍名館ビル4階
全国労働金庫健康保険組合　業務部
TEL 03（5217）3162