

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 等 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	-		年 月 日			
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )	○業務上・外、第三者行為の有無	
昭・平・令 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				

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 又 は 症 状				転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	※施 術 管 理 者 以 外 の 施 術 し た 場 合 に 記 入 施 術 者 氏 名
		右 上 肢	円×	回=	円	
		左 上 肢	円×	回=	円	
		右 下 肢	円×	回=	円	
		左 下 肢	円×	回=	円	
		変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢×	回=	円
	温 罨 法	円×	回=	円	※注 療 を 必 要 と し た 場 合 に 記 入 往 療 を 必 要 と し た 理 由	
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円		
	往療料 4kmまで	円×	回=	円		
	往療料 4km超	円×	回=	円		
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回=	円		
	合 計				円	

施 術 日 通院○ 往療◎	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	所在地	
	免許登録番号	施術所名	
	_____ あんまマッサージ指圧師	電話 - -	
		施術者名	

申 請 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
	全国労働金庫健康保険組合 理事長 様	被保険者 (申請者) 氏名
		電話 - -

振 込 先 金 融 機 関	□ 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。					
	労働金庫	本店営業部		店番号	預金種別	普通
	[ ]	支店・出張所				
口 座 番 号	口 座 名 義 (被保険者名・カタカナ)					

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		

## 申請から支給決定までの流れ

[あんま・マッサージ]

- ◎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。
- ◎「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。

### 1. 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）に必要事項を記入してください。

- (1) 申請者(被保険者)が記入するところ
  - ・被保険者等欄
  - ・申請欄
  - ・支払機関欄（被保険者名義の金融機関口座を指定してください）
- (2) 施術者が記入するところ
  - ・施術内容欄（二重線内）
  - ・施術証明欄（二重線内）
  - ・同意記録（必要に応じて）

### 2. 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）に添付する書類。

#### 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
  - ① 1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。
  - ② 16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、③④は施術者から、必要に応じて発行を受けてください。

### 3. 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カ月以上となる場合があります。

[申請書提出先・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