

1 2

健康保険被保険者療養費支給申請書

あんま・マッサージ・指圧用

被 保 険 者 情 報	記号	9999	番号	50	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)						
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年 月日	元号 昭和	年 4	月 7	日 0915
	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都(道)府(県) 〇〇市〇〇町〇番〇〇〇 電話番号 (日中の連絡先) 000 (000) 0000 〇〇〇マンション 〇〇〇号室					
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに ☒ 同意する ☐ 同意しない							
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

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1) 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。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。						
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。						
	金融機関名・店舗名	農業協同組合					本店 支店
金融機関コード ・店番号			口座 種別	1. 普 通 2. 当 座	口座 番号		
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文字としてご記入ください。					口座名義 の区分	1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者	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 「被保険者情報」の住所と同じ		
	(〒 -) TEL ()			
	住所 氏名 (フリガナ)	委任者と 代理人との 関係		

「被保険者記入欄」は2ページに続きます。>>>

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

添付書類	・領収書【原本】 ・施術内容証明書(別紙に証明を受けた場合) ・医師の同意書【原本】(別紙に証明を受けた場合) ※初療日又は医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には、医師の再同意が必要です。変形徒手矯正術は1か月毎に同意が必要です。 ・施術報告書【写し】(施術所から貰い受けた場合)
注意事項	本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防のマッサージ等は支給対象になりません。
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
受付日付印	

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																											
	9999		50		令和○年 4 月 5 日																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ) ケンポ ハナコ		続 柄																											
	健保 花子		男・女		妻																											
		昭和・平・令 48 年 11 月 3 日生		○業務上・外、第三者行為の有無																												
				(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																												
				○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																												
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分																									
	() 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 帰																									
							継続・治癒・中止・転医																									
	施 術 料	マッサージ (施術料)		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																							
		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 電 法 (加 算)		円 × 回 = 円																												
		温電法・電気光線器具 (加 算)		円 × 回 = 円																												
		変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																								
			施術回数	回	回	回	回																									
			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																													
施術日 訪問 1 ①		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 ② 訪問 2 ②																																
往療 ③ 訪問 3 ③																																
		○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いる外出困難 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		〒		住 所																											
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		氏 名 電話																											
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																											