健康保険 被保険者 療養費支給申請書

1 2
あんま・マッサージ・指圧用

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	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		
	氏名	(フリガナ)		生年 月日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	(都 道 府 県)			
	電話番号 (日中の連絡先)	()				
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 (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
	住所	(〒 -)	TEL ()		
	代理人 (口座名義人)	氏名 (フリガナ)			

「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	<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	受付日付印
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		

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																										
			年 月 日																												
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																											
		昭・平・令 年 月 日生		男・女	(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 あんま・マッサージ・指圧師記入欄	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	(躯幹)	(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																								
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
通所〇 訪問2 ②																															
往療◎ 訪問3 ③	月																														
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通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。		令和 年 月 日		保健所登録区分	1. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地																									
	住所		〒 -		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																										