

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	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	
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)			
	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		
	金融機関コード・店番号		口座種別	1. 普通 2. 当座
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		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	
	住所	(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	・領収書【原本】 ・医師の同意書【原本】 ※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。ただし、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】 ※施術報告書交付料が算定された場合 ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書【原本】 ※初療日から1年以上経過し、かつ、1か月間に16日以上施術を受けている場合 ・訪問施術総括表【原本】 ※訪問施術料4又は5を算定する療養費支給申請書の場合
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	○被保険者資格の記号番号		○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																											
		男 ・ 女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																											
昭・平・令 年 月 日生		○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)																														
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	(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																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 1		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 2		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 3 (3 人 ～ 9 人)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 4 (10 人 ～ 19 人)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 5 (20 人 以上)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		温 罎 法 (加 算)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		温罎法・電気光線器具 (加 算)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可		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																										
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円 × 0.5 ×		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																										
明 細 書 発 行 加 算		円 ×		回 =		円																										
合 計						円																										
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】				減後合計額		円																										
施術日	訪問1①	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○	訪問2②																															
往療◎	訪問3③																															
	訪問4④																															
	訪問5⑤																															
○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。														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															
同 意 記 録	免許登録番号														あん摩マッサージ指圧師		施 術 所 名															
																	氏 名															
																電 話																
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																				