健保使用欄

支給決議書				常務理事	事務長	担当者
受付年月日	平成　年　月　日	資格取得日	昭和・平成　・　・			
承認年月日	平成　年　月　日	資格喪失日	平成　・　・			
支給年月日	平成　年　月　日	【退職後】	任継加入・任継未加入			

療養費査定書

項目	点数	単価	請求金額	査定点数	査定額	備考

科目	支給額	備考	科目	支給額	備考
療養費	円	査定額の割	療養費	円	査定額の割
自己負担額	円	査定額の割	自己負担額	円	査定額の割
一部負担還元金	円		家族療法付加金	円	

款	項	目	支給額
保険給付費	法定給付費	療養費	円
		第二家族療養費	円
		高額療養費	円
	付加給付費	一部負担還元金	円
		家族療養付加金	円
			円

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

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。 —	生年月日 昭和・平成　年　月　日	年齢 歳
氏名と印	（フリガナ） 印　自署の場合は押印を省略できます。	事業所/所属先	
住所	（〒　－　）　都道府県		
電話番号	【自宅】（　）　【携帯】（　）		

振込先指定口座

＊被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。

金融機関名称	金融機関コード　銀行・金庫・信組・農協・漁業・その他（　）	支店コード	本店・支店・出張所・本所・支所
預金種別	普通・別段・当座・通知	口座番号	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物であること。 こちらを記入された場合は「受取代理人欄」を必ず記入してください。
口座名義	（カタカナ）		

受取代理人の欄

被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	（〒　－　）【TEL】（　） 住所　都道府県 氏名・印　印（押印省略不可）	被保険者と代理人との関係

委任状欄

被保険者（申請者）	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。 氏名・印　印（押印省略不可）	記入日　平成　年　月　日 住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
事業主名		＊退職された方は、委任状欄の記入は不要です。

◎記入箇所を訂正した場合は、訂正した箇所に訂正印を押してください。

「申請者記入用」は２ページに続きます。〉〉〉

※被保険者マイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

≪当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。≫

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

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

被保険者（申請者）記入用

※2枚目は施術機関発行の専用用紙添付可

被保険者氏名	

≪添付書類≫
●領収書の原本
●医師の同意書を添付してください（初回のみ）

受診者欄

療養を受けた者の氏名	（フリガナ） 男・女	続柄	傷病名
生年月日	昭和 平成 年 月 日		
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	発症又は負傷の原因及びその経過	
業務上・業務外、第三者行為の有無	業務上 第三者行為である その他		

施術内容欄

初療年月日	平成 年 月 日		実日数	請求区分
施術期間	自・平成 年 月 日 ～ 至・平成 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	躯幹	円 × 回 ＝	円	
	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 × 回 ＝	円	
温罨法		円 × 回 ＝	円	
温罨法・電気光線器具		円 × 回 ＝	円	
往療料 2kmまで		円 × 回 ＝	円	
加算 （ km）		円 × 回 ＝	円	
合計			円	

施術日	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
通院○		
往療◎		

施術証明・領収欄

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

平成 年 月 日

〒
住所

あん摩マッサージ指圧師

氏名 印

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