

# 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	被保険者証の (右づめ)	記号 9 9 9 9	番号 5 0	生年月日 元号 昭和 3 5 0 9 1 5 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	※押印省略不可
	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
報	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			<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

金額の受領を委任するときに記入	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・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	委任された者の 事業所名 (氏名)	(〒 - ) TEL ( )		委任者との 代理人との 関係
		住所		
		氏名・印		

※被保険者(請求者)本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

「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、事前に名古屋木材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、施術内容証明欄(はり師・きゅう師記入欄)に記入のないときは添付必須)
  - ・医師の同意書(別紙、医師同意書欄(医療機関担当医師記入欄)に記入のないとき添付必須)
- ※初診日または医師の同意日から3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。(パンフレットの「医師の同意の有効期限」をご確認ください。)

注意事項

慢性病であって医師による適切な治療手段のないものが対象です。  
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)

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 療養費支給申請書

1 2  
あんま・マッサージ・指圧用

受療者情報	氏名 (フリガナ) <b>ケンボ ハナコ</b> <b>健保 花子</b>	性別 男 女	続柄 <b>妻</b>	生年月日 元号 年 月 日 <b>昭和 3 6 1 1 0 3</b>
	傷病名 <b>脳出血による筋肉麻痺</b>	発症又は負傷年月日		元号 年 月 日 <b>平成 3 0 0 4 0 5</b>
	業務上・外、第三者行為の有無 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他			
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯 <b>脳出血で右半身が自由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージの治療を勧められて開始。まだ、右半身が思うように動かず、通院中。</b>			

施術内容証明欄 (※あんま・マッサージ師記入欄) (記入又は添付)	初療年月日	年 月 日	請求区分	1. 新規 2. 継続		
	施術期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	実日数	日	
	傷病名 (症状)		転帰	1. 継続 2. 治癒 3. 中止 4. 転医		
	マッサージ		円 × 局所 × 回 =		円	
	変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 =		円	
	温電法		円 × 回 =		円	
	温電法・電気光線器具		円 × 回 =		円	
	往療料	往療料 2 kmまで 加算 ( Km )	円 × 回 = 円 × 回 =	円 円	合計	円
	摘要					
	施術日	【通院は○】で、【往療は◎】でそれぞれ表示してください。 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				
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。(円 - ) 年 月 日 所在地 施術所名 免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師 氏名 (印) 電話番号 ( )						

医師同意書 (記入又は添付)	患者氏名	生年月日	年 月 日	発病(初診)年月日	年 月 日	
	傷病名	要加療期間				
	症状 <small>※これまでの経過と見直し</small>	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ( )			往療の必要性について	1. 必要とする 2. 必要としない
	施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術	部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢		
	上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、あんま・マッサージ・指圧の施術に同意する。 年 月 日 (円 - ) 所在地 保険医療機関名 氏名 電話番号 ( ) (印)					