

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）記入例

東京文具工業 健康保険組合 | 給付係 03-3866-8141 (2)

健康保険 被保険者 家族	療養費 支給申請書（償還払い）	あんま・マッサージ専用	（被保険者記入用）
--------------------	-----------------	-------------	-----------

1 被 保 険 者	被保険者証 記号 987 番号 654321 生年月日 昭平令〇〇年 〇月 〇日
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
	住 所 〒150-0000 東京 〇〇 渋谷区〇〇 X-X 〇〇マンションX-X-X号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
	事業所名称 (株)〇〇〇〇

【ご注意ください】家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などを記入ください。

3 振 込	金融機関名称 銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別 普通・当座・その他()
	口座番号 支店・本店・出張所 その他()	口座番号
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 ☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
	公金受取口座 ☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)	

4 受 理 人 の 欄	受取代理人欄は、 「給付金受領責任 者口座設置届」に て届出されている 方の署名をお願い いたします。	被保険者 (申請者) 氏名 健保 太郎 令和 〇年 〇月 〇日
	代理人 (口座名義人) 住所 東京都台東区〇〇-X-X 氏名 文具 一郎 被保険者との関係(雇用者)	

6 容 申 書	施術された方 ☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	5 第三者行為に よるものですか ※ はい ☐ いいえ ☒
	家族の場合はその方の 氏名 生年月日 昭平令 年 月 日 続柄()	
	傷病名 脳梗塞後遺症	発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平令 〇年 8 月 2 日
	原因 不明	
	発病又は負傷の 原因及びその経過 経過	
	名称 〇〇治療院	施術者氏名 〇〇 〇〇
	所在地 東京都台東区△△ X-X	施術に要した費用 X,XXX 円
	7 術期間(支給期間) 平令 〇年 8 月 5 日から 平令 〇年 8 月 30 日まで (日数 3 日)	
	同意記録 氏名 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間	
	同意医師 △△ △△ 台東区□□ X-X-X 令和〇年8月3日 脳梗塞後遺症 3か月	
再同意医師		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

8 マイ ナ ン バ ー 記 入 欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)	受付日付印
マイナナンバーを記入した場合、個人番号確認、 本人確認するための添付書類が必要です。	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 2 被保険者が亡くなられての申請の場合は、被保険者氏名の横にカッコ書きで申請者のご署名をお願いします。住所、電話番号についても、申請者のご住所、電話番号をご記入ください。
- 3 個人口座への入金をご希望の場合、必ず、被保険者または申請者の名義の口座をご記入ください。被保険者、または申請者と異なる名義の口座へのお振込みはできません。マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座へのお振込みも可能です。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)注:マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

- 4 事業所が代理受領する場合は、必ず、被保険者(申請者)の署名と、受取代理人の欄には、事業所様より当組合へご提出いただいている、「給付金受領責任者口座設置届」で届出されている方の署名をお願いいたします。

- 5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。

- 6 対象者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

- 7 健康保険扱いで、あんま・マッサージの施術を継続して受ける場合は、6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。

- 8 ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正のうえ、被保険者が記入する欄には被保険者(申請者)の、あんま師、マッサージ師が記入する欄にはあんま師、マッサージ師の署名(サイン)をご記入くださいますよう、お願いいたします。また、訂正の際に修正液や修正テープ等はご使用いただけませんので、ご注意ください。

添付書類

注：同意書、再同意書の交付に当たっては、医師による診察が必要となります。

領収書の原本	診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できる領収書の原本
医師の同意書 (施術報告書)	初 回 診察のもと、あんま、マッサージの施術を受けることを認める医師の同意書 6か月ごと 6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、診察を受けた医師からの再同意書と再同意に当たり、あんまマッサージ指圧師から交付された施術報告書の写し

注： この申請書の右側にあんまマッサージ指圧師の記入欄があります。施術者にご記入いただいたうえで、申請してくだ