

健康保険 被保険者
家族療養費 支給申請書(あんま・マッサージ専用)

(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称	
	③氏名	(フリガナ)		④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	〒		⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
				⑦提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【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、住所などをご記入ください。

振 込 先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	コード番号	⑨預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()
		支店・本店・出張所 その他()	コード番号	⑩口座番号	
	⑪口座名義 (カタカナで記入)			⑫口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
	⑬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。)			

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	⑭被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		⑮代理人 (口座名義人)	住所	
			氏名	被保険者との関係()

申 請 内 容	⑯受診者 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		⑰第三者行為によるものですか ※	☐ はい ☐ いいえ	
	⑱家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()	
	⑲傷病名			⑳発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日	
	㉑発病の原因 および経過	(原因および経過) ☐ 1. 病気 ☐ 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。				
	㉒施術を受けた施術所	名称		㉓施術者氏名		
		所在地		㉔施術に要した費用	円	
	㉕施術期間 (支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)				
	㉖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					
再同意医師						

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

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。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

あんま
マッサージ
指圧師
記入欄

②⑦患者氏名																																	
②⑧傷病名 又は症状																																	
②⑨初療年月日		平・令	年	月	日	③⑩請求区分		☐ 新規 ☐ 継続		③⑪転帰		☐ 治癒 ☐ 中止																					
③⑫施術期間		平・令	年	月	日	から	③⑬実日数		日	③⑭摘要																							
③⑮ 施術 内容	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 4 km まで					円×					回×	円																					
	往療料 4 km 超					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		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																														
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																	
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																																	
あんまマッサージ指圧師																																	
住 所																																	
氏 名 電話番号 ()																																	
保健所登録区分(☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者住所地) 免許登録番号()																																	

* 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、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

初回（1回目）の申請時には必ず提出してください。

同 意 書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、東京電子機械工業健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所および負傷に関わった団体等に対して東京電子機械工業健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、東京電子機械工業健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について東京電子機械工業健康保険組合に対して一切の意義・請求等の申し立てをいたしません。

なお、本書の写しも有効といたします。

令和 年 月 日

〒 ー

住 所

被保険者氏名

受診者氏名

記号（ ）番号（ ）

【参考：健康保険法】

第 59 条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めた時は、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合は、当該被扶養者を含む。第 121 条においておなじ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問、若しくは診断させることができる。

第 121 条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第 59 条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

負傷原因届

傷病の原因が負傷(捻挫・打撲・擦傷・打ち身等)の場合は下記に必要事項を記入してください。

診療開始日 年 月 日

医療機関名

負傷年月日	① 年 月 日 () 1. 出勤日 2. 休日(出勤日以外) 3. その他()
	②午前・午後 時 分頃 上記の時間 → 1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 私用中 5. 通勤・帰宅途中(寄り道 あり・なし) 6. その他()
負傷したときの状況 (場所・原因)	③ケガ(負傷)した場所はどこでしたか 会社内・路上・駅構内・自宅・その他()
	④ケガ(負傷)した原因で次にあてはまる場合がありますか 交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場の行事・行事以外) 動物による負傷(飼い主 有・無) ・ あてはまらない
	⑤「上記④」にあてはまる原因がある場合 相手 有 → あなたが被害者 → ※⑦⑧をご記入ください。 無 → あなたが加害者 ※「有」と答えた場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。 (詳しくは東京電子機械工業健康保険組合 医療課にお問い合わせください。)
	⑥何をしようとしたときに、どこを、どう負傷したのか具体的にご記入ください。
負傷原因が 第三者行為に よる場合 (交通事故等)	⑦相手(住所・氏名・連絡先)
	⑧相手との対応(示談等)
上記の負傷について、他の医療機関等での受診の有無	⑨他の医療機関等での受診 → 有・無 ※「有」の場合は以下にもご記入ください。 ・受診 通院(日) ・ 往療(日) ・受診した医療機関等 病院 ・ 医院(クリニック) ・ 鍼灸 ・ マッサージ ・受診した医療機関名 ()