

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

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 987 番号 654321	② 事業所名称 (株)〇〇〇〇		
	③ 氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	④ 生年月日 昭平・令〇年〇月〇日		
	⑤ 住所 〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	⑥ 電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234)〇〇〇〇		
		⑦ 提出委任 <input type="checkbox"/> 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 〇〇〇〇 銀行 金庫・信組 △△△△ 支店 本店・出張所 その他()	コード番号 1234	⑨ 預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()
	⑪ 口座名義 (カタカナで記入) ケンポ タロウ	コード番号 567	⑩ 口座番号 1234567
③ 公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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。)		⑫ 口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人	

委任状	⑬ 被保険者(申請者) 氏名	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
	⑭ 代理人(口座名義人) 氏名	住所	被保険者との関係()

申請内容	⑯ 受診者(どちらかに✓) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑮ 第三者行為によるものですか ※ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑰ 家族の場合はその方の 氏名 生年月日 昭平・令 年 月 日 続柄()	
	⑱ 傷病名 脳梗塞後遺症	⑲ 発病又は負傷年月日(療養開始日) 平令〇年 8 月 2 日
	⑲ 発病の原因および経過 1. 病気 不明 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。	
	⑳ 施術を受けた施術所 名称 〇〇治療院 ⑳ 施術者氏名 〇〇 〇〇 所在地 東京都台東区△△ ×-× ㉑ 施術に要した費用 ×,××× 円	
	㉒ 施術期間(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)	
	㉓ 同意記録 同意医師 △△ △△ 台東区□□ ×-×-× 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、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。

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。) 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	
-----------------------	--

東京電子機械工業 健康保険組合 (送付先: 〒111-8530 東京都台東区雷門1-13-8)

R5.7

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 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。
- 対象者が家族(被扶養者)の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓を付けてください。(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。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 「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(03-3843-1457)にお問い合わせください。
- 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。
- 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。(変形徒手矯正術の場合は、1か月に一度、医師の再同意が必要です。)
- 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。

注: ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。(二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印(又はサイン)が必要となります。)

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。

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	患者氏名、施術日、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(あんま・マッサージ師の領収印があるもの)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
往療状況確認書	往療の施術を受けた場合に原本の添付が必要
施術継続理由・状態記入書	初療の日から1年以上経過し、かつ、月に16回以上の施術を受けた場合に原本の添付が必要

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。
注: 初回(1回目)の申請時には、同意書(医師の同意書とは別)もご提出ください。