健康保険 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）　（令和　　年　　月分）

被保険者記入欄

記号・番号	－	事業所名			
受診者氏名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	続柄	

発病または負傷の原因 ※不明な場合はおおよそで構いません ※空欄、不明だと受理不可	傷病名		発症または負傷年月日	令和　年　月　日
	どこで			
	何をしていて			
	確認事項 該当に☑	労災(業務上や通勤中)によるものですか？ はい□　いいえ□ 労災申請の場合は労基署名(　　)	第三者の行為によるものですか？ はい□　いいえ□ 「はい」は負傷原因届の添付が必要	

施術機関など支払先の名称		支払った金額	円	施術した場所	□施術機関　□自宅　□その他（　　）

上記のとおり請求します。
支給決定の際に必要に応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会を求めることに同意します。
また、事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。（給与と併せて支給／支給日：事業所の給与支給日）
令和　　年　　月　　日　　住　所　〒

氏　名
TEL

※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください

施術者記入欄

初療年月日	令和　年　月　日	施術した期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	実日数	（　日）
傷病名または症状		区分	□新規 □継続	転帰	□継続 □治癒 □中止 □転医

	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	適　用
マッサージ（施術料）	施術回数	回	回	回	回	回	

施術料	通所	円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料　1	円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料　2	円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料　3（３人～９人）	円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料　3（10人以上）	円 × 回 ＝ 円
	温　罨　法（加算）	円 × 回 ＝ 円
	温罨法・電気光線器具（加算）	円 × 回 ＝ 円

変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
	施術回数	回	回	回	回
	円 × 回 ＝ 円				

特別地域（加算）	円 × 回 ＝ 円
明細書発行（加算）	円 × 回 ＝ 円
往　療　料	円 × 回 ＝ 円
施術報告書交付料(前回支給:令和　年　月分)	円 × 回 ＝ 円
費　用　額　計	円

施術日	通所○往療◎	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
訪問１①訪問2②訪問3③																																	

○往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他( ))

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

保健所登録区分　□施術所所在地　□出張専門施術者住所地

令和　　年　　月　　日　　所在地

あん摩マッサージ指圧師　　氏　名

免許登録番号　　TEL

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
		令和　年　月　日		

添付書類

□ 医師による施術に関する同意書の原本
※前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は当該同意書に係る内容を上記「同意記録」に記載すること
□ 領収書の原本
□ 施術報告書（写し）※該当する場合
□ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書　※該当する場合

健　保　組　合		
決　裁	処　理	

健保受付

事　業　所	
責任者	担当者

TGK 2026.8