療養費支給申請書（　年　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄

○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）
－	年　月　日	

施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	昭・平　年　月　日生	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他（　）	○業務上・外、第三者行為の有無 1．業務上　2．第三者行為である　3．その他

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平・令　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続
傷病名又は症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

項目	内容	摘要
マッサージ	躯幹　円×　回＝　円 右上肢　円×　回＝　円 左上肢　円×　回＝　円 右下肢　円×　回＝　円 左下肢　円×　回＝　円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名＿＿＿＿ 施術日　・　・　・　日
変形徒手矯正術	円×　肢×　回＝　円	
温罨法	円×　回＝　円	※往療を必要とした場合に記入
温罨法・電気光線器具	円×　回＝　円	往療日　・　・　・　日
往療料　4kmまで	円×　回＝　円	往療を必要とした理由
往療料　4km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 通院○ 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

施術証明欄

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
免許登録番号
＿＿＿＿＿＿＿＿あん摩マッサージ指圧師

保健所登録区分	1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地
所在地	
施術所名	
施術者名	電話

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。
令和　年　月　日
〒　－
被保険者（請求者）　住所
三谷健康保険組合理事長　殿
氏名　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1. 振込	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
口座名義 カタカナで記入		口座番号

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		

＜記入にあたっての注意事項＞
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、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「同意記録」に記入してください。

＜提出の流れ＞本人 → 健康保険組合
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞
□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先　三谷健康保険組合　〒910-8510　福井県福井市豊島1-3-1　三谷ビル5階　TEL.0776-20－3155
2021年4月版

赤枠は被保険者が記入する欄　青枠は施術者が記入する欄

見本

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄				
〇被保険者証等の記号番号		〇発病又は負傷年月日	〇傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
—		年　月　日		
施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭・平　年　月　日生	続柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（　　）	〇発症又は負傷の原因及びその経過	
			〇業務上・外、第三者行為の有無 1．業務上　2．第三者行為である　3．その他	

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平・令　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続
傷病名又は症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

項目	内容	摘要
マッサージ	躯幹　円×　回＝　円 右上肢　円×　回＝　円 左上肢　円×　回＝　円 右下肢　円×　回＝　円 左下肢　円×　回＝　円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名＿＿＿＿ 施術日　・　・　・　日
変形徒手矯正術	円×　肢×　回＝　円	
温罨法	円×　回＝　円	※往療を必要とした場合に記入
温罨法・電気光線器具	円×　回＝　円	往療日　・　・　・　日
往療料　4kmまで	円×　回＝　円	往療を必要とした理由
往療料　4km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 通院〇 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

施術証明欄

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

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿　あん摩マッサージ指圧師

保健所登録区分	1. 施術所所在地　2. 出張専門施術者住所地
所在地	
施術所名	
施術者名	電話

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和　年　月　日

〒　—

三谷健康保険組合理事長　殿　　被保険者（請求者）　住所

氏名　　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1. 振込	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段	銀行・金庫・農協　本店・支店・出張所
口座名義 カタカナで記入	口座番号	

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		

＜記入にあたっての注意事項＞

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、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「同意記録」に記入してください。

＜提出の流れ＞本人 → 健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

□医師の同意書（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先　三谷健康保険組合　〒910-8510　福井県福井市豊島1-3-1　三谷ビル5階　TEL. 0776-20－3155

2021年4月版