

給付支給決定並びに支給伺い				伺年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額	決裁年月日	
				取得年月日	
				喪失年月日	
				円	

療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

※【依頼事項】被保険者記号・番号はマイナポータルもしくは資格確認証で確認してください。

令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者	記号 123	番号 4567	発病又は負傷年月日 ○年 ○月 ○日	傷病名 関節委縮	発症・負傷の原因および経過（詳しく） 試合中に負傷 痛みが続くため治療継続中																											
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子		男 女 <input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	施術した場所（健保に届けている住所と異なる場合に記載） ○○○○																											
	生年月日	昭・平 令 ○年 ○月 ○日生			<input checked="" type="checkbox"/> 今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。 ※該当する場合、必ず健保へご連絡ください。																												
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○																															
施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入欄	初療年月日	施術期間			実日数	申請区分																											
	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	1.神経痛（部位： ） 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他（ ）				転帰 継続・治癒・中止・転医																											
	マッサージ（施術料）	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																									
	通所	回数	回	回	回	回	回																										
	訪問施術料 1	回数	回	回	回	回	回																										
	訪問施術料 2	回数	回	回	回	回	回																										
	訪問施術料 3（3人～9人）	回数	回	回	回	回	回																										
	訪問施術料 3（10人以上）	回数	回	回	回	回	回																										
	温電法（加算）	回数	回	回	回	回	回																										
温電法・電気光線器具加算	回数	回	回	回	回	回																											
変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可	回数	回	回	回	回	回																											
特別地域（加算）	回数	回	回	回	回	回																											
往療料	回数	回	回	回	回	回																											
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）	回数	回	回	回	回	回																											
合計	円																																
施術日	訪問1①	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	
通所②	訪問2②																																
往療③	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つての外出困難 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（ ）																																	
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所			同意年月日	傷病名	要加療期間																										
					令和 年 月 日																												
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。				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																											
	令和 年 月 日	〒			住所	氏名																											
あん摩マッサージ指圧師 登録番号																																	
電話																																	

施術所・あんまマッサージ師に
施術内容、施術証明の
記入を依頼してください

<注意事項>

訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。
医療機関との併用など審査を行うため、支給の決定は施術月により3ヶ月以上かかる事があります。

— 受付日付印 —

<添付書類>

□ 「領収書」 原本

< その他添付書類（該当する場合は、厚生労働省のホームページに掲載されている様式をご利用ください） >

□ 「医師の同意書」 原本（初回及び半年おき提出）※変形徒手矯正術がある場合は毎月提出

□ 「施術同意書」 写し（6ヶ月更新のため「医師の同意書」と併せて提出）

□ 「往療状況確認表」 原本 □ 「1年以上かつ月16回以上施術継続理由・状態記入書」 原本