

被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書

はり・きゅう  
あんまマッサージ

(令和 年 月分)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記号		番 号				添付書類はクリップで留めてください	
	氏 名					事 業 所 名		
	住 所							
	申 請 対 象 者 氏 名				申 請 対 象 者 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	傷 病 名					発 病 ・ 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	
	発 病 ・ 負 傷 の 状 態 ・ 原 因	第三者行為(交通事故など)によるものですか ※ はい ・ いいえ						
	施 術 の 内 容	はり きゅう あんま マッサージ						
施 術 を 受 け た 施 術 所 名	名 称							
	所 在 地							
施 術 を 受 け た 期	令 和 年 月 日	から	令 和 年 月 日	日 間	施 術 に 要 し た 費 用	円		
同 意 ・ 委 任	この療養費支給申請書に不明な内容が認められた場合、療養を受けた医療機関等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。なお、この同意は写しも有効とします。 また、この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。							
	被 保 険 者 氏 名 .....							
委 任	事 業 所 代 理 人 氏 名 .....							

※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

申請内容	必要な書類
1 はり・きゅう	① 施術証明書(原本) ② 領収書(原本)
2 あんまマッサージ	③ 医師の同意書(原本) *初回及び6カ月ごとに必要(継続の場合) *変形徒手矯正術の場合は毎月必要

受付日付印
-------

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄	
-----	--

支 給 支 払 決 議	支 給 額	円	伺 年 月 日		常 務 理 事	事 務 長		係
			支 給 年 月 日					
	支 給 期 間	年 月 日 から 年 月 日 日間						
	区 分	はり・きゅう あんまマッサージ						

# 施術証明書(はり・きゅう用)

保険証	記号	
	番号	

被保険者氏名	
--------	--

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日		施術期間	令和 年 月 日から		実日数	請求区分																										
	平成・令和 年 月 日			令和 年 月 日まで			日	新規・継続																									
	傷病名		1. 神経痛      2. リウマチ      3. 頰腕症候群      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																											
	初 検 料						摘要																										
			1 はり    2 きゅう    3 はりきゅう併用				円																										
	施 術 料	はり						円 × 回 = 円																									
		きゅう						円 × 回 = 円																									
		はり・きゅう併用						円 × 回 = 円																									
		電療料						円 × 回 = 円																									
			1電気鍼 2電気温灸器 3電気光線器具																														
	往療料 4Kmまで						円 × 回 = 円																										
	往療料 4Km超						円 × 回 = 円																										
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円																											
療養費の合計						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
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																																	
所在地																																	
鍼灸院																																	
電話		<免許登録番号>      はり師 _____																															
はり師 ・きゅう師 氏名		きゅう師 _____																															
医師の 同意	同意医師の氏名	医療機関名/所在地		同意年月日		傷病名		要加療期間																									

(注) 内容が同等であれば、任意の別書式でも可

# 施術証明書(あんまマッサージ用)

保険証	記号	
	番号	

被保険者氏名	
--------	--

あんま マッサージ 師が記入 するところ	初療年月日	令和	年	月	日から	実日数	請求区分			
	平成・令和	年	月	日	令和	年	月	日まで	日	新規・継続
	傷病名 又は 症状							転帰		
								継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘要				
		右上肢	円 ×	回 =	円					
		左上肢	円 ×	回 =	円					
		右下肢	円 ×	回 =	円					
		左下肢	円 ×	回 =	円					
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円					
	温罨法	円 ×	回 =	円						
	温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円						
	往療料 4Kmまで	円 ×	回 =	円						
	往療料 4Km超	円 ×	回 =	円						
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円					
療養費の合計							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								
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							
所在地										
あんま マッサージ院										
電話	<免許登録番号> _____									
あんま マッサージ師 氏名										
医師の 同意	同意医師の氏名	医療機関名/所在地			同意年月日	傷病名	要加療期間			

(注) 内容が同等であれば、任意の別書式でも可