

記号
SSJ → 11
SEJ → 21
財団 → 41
SLJ → 51
UVIX → 151

記入例

療養費支給申請書 (令和2年12月分) (あんま・マッサージ・指)

保険者証等の記号番号	社員番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)
11	12345	令和2年11月11日	脳出血による筋肉麻痺
保険者欄	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 男・女 昭・平・令 50 年 4 月 1 日生	続柄 ①本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○発症又は負傷の原因及びその経過 脳出血による後遺症 ○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

初療年月日	施行期間	回数	請求区分
令和 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		
マッサージ	躯幹 円× 左時 円▽	回= 円 回- 円	摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入
変形徒	<h2>あんま・マッサージ・指圧師の方に 記入の依頼をしてください</h2>		
温			
温電法・			
往療料			
往療料	合計 円		
施術報告書 (前回支給)	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	保健所登録区分 所在地	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	あんまマッサージ指圧師	施術所名	電話番号

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 2 年 12 月 25 日 サンスター健康保険組合理事長 殿	〒 *** - **** 被保険者住所 大阪府高槻市〇〇町 1-1 氏名 健保 太郎 電話 ** (****) ****
-----	---	--

支払機関欄	支払区分 1. 振 3. 郵便 口座名 カタカナで記入	預金の種類	金融機関名	銀行	本店 支店 出張所 郵便局
<p>原則、給与振込口座となりますので記入不要です。 ※給与振込口座の無い方(任意継続被保険者等)のみ記載ください。</p>					

委任欄	給与での支払をするために必要ですの で、必ず記入ください。(退職者は不要)	私は所属する事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領を委任します。 令和 2 年 12 月 25 日 被保険者氏名 健保 太郎
同意記録	<h2>あんま・マッサージ・指圧師の方に記入の依頼をしてください</h2>	

<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」・「施術証明欄」)と「同意記録」は、施術者へ記入を依頼してください。
「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、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。(ただし、給与振込口座のある方は、記入不要です)
<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) ※初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引続き受診する場合
□施術報告書(写し) ※施術報告書交付料の申請を行う場合

健保受付印欄