

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（あんま・マッサージ用） 家 族

令和 年 月分の療養費を、 下記のとおり請求します。		会社名 (出向者は出向元の 会社名)		社員番号		
被 保 険 者 記 入 欄	健康保険の 記号-番号	—		氏 名		
	住 所	〒 () TEL ()				
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	生年 月 日	年 月 日	続柄	
	傷 病 名 (医師の同意を 受けた傷病名)			発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時頃	
	発病又は 負傷の原因 (具体的に)	業務上の負傷ですか。(はい・いいえ) 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)				
	同意 記録	同意医師の 氏名	同意 年月日	令和 年 月 日	要加療 期間	
	住所			傷病名		
	振込 希望 口座	金融機関名	本・支店名	口座番号	請求者名義 (カタカナ)	
		銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)		
	あんまマッサージ指圧師 記入欄					
施 術 内 容 欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	傷病名または症状				実日数	日
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	請求区分 新規・継続 治癒・中止
		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 ×	回 =	円		
	合 計				円	
	令和 年 月 施術日: 通院○ 往療◎ 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 書	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日		
	あんまマッサージ指圧師 免許登録番号			所在地 施術所名 氏名 TEL () -	印	

【注意事項】

記入・添付書類については裏面をご確認ください。

健保受付印

支 給 決 定 欄	給付対象額	円	常務理事	事務長	担当	
	支給決定額	円				

【注意事項】

- ① この請求書は、暦月を単位として作成してください。
- ② 「同意記録」の「要加療期間」は、医師の指示があったときのみご記入ください。指示がない場合は記入の必要はありません。

【添付する書類】

- ① **領収書**(原本)
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの。レシート不可。
- ② **医師の同意書**
 - ・ 初めて施術を受けるとき、及び初めて施術を受けた日から6か月を経過して更に施術を受けるときは、医師の診察のうえ同意書の交付を受ける必要があります。
 - ・ 同意書の交付を受けた月は、同意書の原本を添付し、同意書の交付がない月も、必ず毎回「写し」を添付してください。
 - ・ 同意書の有効期間

同意日	同意書の有効期間
1日から15日	同意月の5ヵ月後の末日まで
16日から月末	同意月の6ヵ月後の末日まで

- ③ **施術報告書**(写し)
施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。
- ④ **往療状況確認書**
往療(歩行困難等の理由により自宅等に施術者が赴くこと)による施術を受けた場合には、施術者へ「往療状況確認書」の記入を受け申請書に添付してください。
- ⑤ **1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**
初療の日から1年以上経過していて、かつ、1ヵ月間の施術を受けた回数が16回以上の場合には、施術者へ「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書」の記入を受け申請書に添付してください。

【問合わせ先】

フジシールグループ健康保険組合
〒530-0054 大阪府大阪市北区南森町2-1-29 三井住友銀行南森町ビル5F
TEL 06-6755-4803

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、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	
-----	--