

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（あんま・マッサージ） 記入例

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)		株式会社●●●		社員番号		123456	
被 保 険 者 記 入 欄	健康保険の 記号-番号	10 - 654321		氏 名	健保 太郎				
	住 所	〒 500 - 0000 大阪府大阪市●●町 1-2-3 TEL 06 (●●●●) ●●●●							
	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)	(例) 脳内出血、四肢麻痺				発病又は 負傷年月日	令和●年●月●日 午前●午後● 1 時頃		
	発病又は 負傷の原因 (具体的に)	(例) 脳出血で方麻痺となり、担当医師に医療上必要とのことで指示された 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)							
	同意医師の 氏名	○○ ○○		同意 年月日	令和 ●年●月●日		要加療 期間	1か月	
	住所	大阪府大阪市●●区○○町 3-3			傷病名	脳内出血、四肢麻痺			
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) 123456		ケンポ タロウ		
あんまマッサージ指圧師 記入欄									
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分	転帰		
	中止								
	要								
	あんまマッサージ指圧師 記入欄								
施 術 証 明 書	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】**記入例**

- 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	ここは記入不要です
-----	-----------