

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用) 【令和6年9月申請分まで】

被 保 険 者 欄	○記号番号				○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
					年 月 日					
	(フリガナ)				続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )		
S・H・R 年 月 日生							○業務上・外、第三者行為の有無			
備 考※1							1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分						
	令和 年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日		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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . . 日					
			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	※往療を必要とした場合に記入					
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具			円×	回=	円	往療日 . . . . 日					
	往 療 料 4 km まで			円×	回=	円	往療を必要とした理由					
	往 療 料 4 km 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							
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。				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							
	免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師				施術所名	施術管理者名 ④ 電話						

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 年 月 日				
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所	同意年月日	傷 病 名
				令和 年 月 日	
		被保険者 住 所		氏 名 ④ TEL	
		阪急阪神健康保険組合理事長 殿		(請求者)	

申請にあたっては別紙の注意事項を必ずご確認ください。

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか 個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書 (保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上) を申請者が健保に直接持参してください。

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あん摩・マッサージ用) 【令和6年10月施術分〜】

被保険者欄	○記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	-		年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無		
		男 女		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他( )	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他	
昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)				
備考※1						

施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		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																								
	傷病名及び症状								転 帰																								
									継続・治癒・中止・転医																								
	施術料	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																							
				施術回数	回	回	回	回	回																								
		通所		円×		回=		円																									
		訪問施術料 1		円×		回=		円																									
		訪問施術料 2		円×		回=		円																									
	訪問施術料 3 (3人～9人)		円×		回=		円																										
訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円																											
温 罨 法 (加算)		円×		回=		円																											
温罨法・電気光線器具 (加算)		円×		回=		円																											
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
		施術回数	回	回	回	回																											
特別地域 (加算)		円×		回=		円																											
往 療 料		円×		回=		円																											
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×		回=		円																											
合 計		円		回=		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○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③	月																															

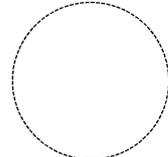
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	令和 年 月 日		〒 -			
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	所在地	施術所名	施術管理者名	電話

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 年 月 日			
	被保険者 (請求者)	住所	氏名	電話
阪急阪神健康保険組合理事長 殿				

同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			令和 年 月 日		

申請にあたっては別紙の注意事項を必ずご確認ください。

受付印



※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書 (保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上) を申請者が健保に直接持参してください。

## <記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は1ヶ月ごとに1枚作成してください。
- ・ **「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理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、その同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

## <提出の流れ>

本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続・特例退職の場合は、直接健康保険組合へ提出してください）  
※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。

## <添付書類>

- ・ 必須  
 領収書（原本）
- ・ 該当する場合  
 医師の同意書（原本）  
 施術の際に鍼灸師等へ提出してしまわないようにご注意ください。  
 施術が複数月にわたって行われる場合、初回以降の申請では医師の同意書に替わり「同意記録」欄への記載が必要となります。医師の同意書についてはお手元にコピー等を残しておくようにしてください。  
 また、同意書は最大6ヶ月が有効となりますので、期限を過ぎる場合は再度医師の診断のうえ同意書の発行が必要となります。
- 施術報告書（写し）  
 医師の同意書の期限を越えて施術が行われる場合、鍼灸師等から施術報告書が発行される場合があります。
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書  
 症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上施術が行われている場合に必要となります。

## <審査について> ※必ずお読みください。

医療機関との併用受診確認などの審査を行うため、**結果が出るまで数カ月お時間がかかる場合がございます。**また、**保険医の同意のある期間に受けた施術であっても、厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります。**