療 養 費 支 給 申 請 書 （令和 8 年 8 月分）（あんま・マッサージ用）【令和8年7月以降用】

被保険者欄

○健康保険の記号番号	○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
○○ － ○○○	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	脳出血後遺症 脳出血で片麻痺となり、主治医から医療上必要とのことで指示された。

療養を受けた者の氏名	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ ハナコ 健保 花子 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 50 年 6 月 3 日生		○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載） 兵庫県○○市○○町○番地
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 帰

中止・転医

施術料 温 温罨 変形 ※温 特

往療料

施術報告書

明細

施術日	9	30	31
通所○			
往療◎			

○往療又は

施術証明欄

上記の と 者住所地

令和

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 電話

施術を行った
あん摩・マッサージ師より
必ず記入していただいてください

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

阪急阪神健康保険組合理事長 殿

被保険者（請求者）

〒 ○○○ － ○○○○

住所 大阪市○○区○○町○丁目○番地

氏名 健保 太郎 電話 ○○-○○-○○

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
○○ ○○	大阪市○○区○○町○番地	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	脳出血後遺症	6か月

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。なお被保険者証の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。

受付印

阪急阪神健康保険組合

2026. 7