療養費支給申請書[あんま・マッサージ用]　（令和　　年　　月診療分）

被保険者記入欄

被保険者等 記号・番号	□□ー□□□□	被保険者氏名	日中連絡可能な電話（　　）　　ー	
照会等の同意	私は、本療養費の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、医療機関等の関係機関、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。 また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 年　　月　　日　被保険者氏名			
事業所名		職場		
受療者氏名	続柄		受療者生年月日	S・H・R　年　月　日　年齢
受療者住所		施術した場所	1. 施術所　2. 自宅　3. その他（	
傷病名		傷病の原因及びその経過		
業務上の負傷ですか	はい　・　いいえ	通勤・退勤時の負傷ですか	はい　・　いいえ	交通事故による負傷ですか　はい　・　いいえ

あんま・マッサージ・指圧師記入欄

初療年月日	令和　年　月　日	施術期間	自：令和　年　月　日 ～ 至：令和　年　月　日			実日数	日間
傷病名及び症状				転帰	継続・治癒・中止・転医	請求区分	新規・継続

施術内容欄

施術料	マッサージ（施術料）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
		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			
	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	
		円×	回＝	円			
	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）		円×	回＝	円			
明細書発行加算		円×	回＝	円			
費用額計				円			

施術日	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
訪問1① 訪問2② 通院○ 往療◎　訪問3③	月																														

往療または訪問の理由　1. 独歩により公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　　）

同意記録

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

施術証明欄

上記のとおり施術を行い，その費用を徴収しました。　　保健所登録区分　1. 施術所所在地　2. 出張専門施術者所在地

令和　　年　　月　　日

あん摩・マッサージ・指圧師免許登録番号

所在地
施術所名
氏　名　　印
電話番号

健保使用欄

支給年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	担当者	受付
支給額	円				
資格取得年月日	S・H・R　年　月　日				
資格喪失年月日	S・H・R　年　月　日				

〈注意事項〉

・申請書は暦月単位として作成してください
・療養費（あんま・マッサージ）を支給決定する際には、保険医療機関の診療報酬明細書（レセプト）
を確認させていただきます。診療報酬明細書（レセプト）は医療機関受診月から2ヵ月後に
当組合に送られてきますが、場合によっては、更に数ヶ月遅れることがございます。
したがって、支給決定までには3ヶ月～5ヶ月かかります。

〈添付書類〉

〇施術に要した費用の領収書（原本）

〇医師の同意書　（初回、再同意の場合は原本、それ以外は写し）

※同意書の有効期限
①1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、5ヵ月後の月末まで。
②16日～月末までに医師が同意書を作成した場合、6ヵ月後の月末まで。
有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。
但し、変形徒手矯正術は、1か月毎に同意書が必要です。

〇施術報告書（写し）

※施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者よりうけた「施術報告書（写し）」を添付してください。

〇1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（あんま・マッサージ用）（原本）

※初療の日から1年以上経過している患者であって、かつ1月の施術を受けた回数が16回以上の場合は、
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（あんま・マッサージ用）を添付してください。

〇訪問施術総括表（原本）

※訪問施術料4又は5の申請がある場合のみ、訪問施術総括表の添付が必要です。