※支給額							円

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

あんま・マッサージ専用 （被保険者記入用）

被保険者情報

① 被保険者等記号・番号	記号　　番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 氏名	（フリガナ）	② 生年月日	昭和・平成　年　月　日
④ 住所	〒　－　都・道 府・県		
		⑤ 電話番号（日中の連絡先）	（　　）
⑥ 事業所名称		⑦ 問い合わせ先（チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします）	☐ 被保険者 ☐ 事業所 ☐ 社労士

◎【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容

⑧ 施術された方	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）		
⑨ 家族の場合はその方の	氏名　生年月日 昭和・平成 令和　年　月　日　続柄（　　）		
⑩ 傷病名		⑪ 発病又は負傷年月日（療養開始日）	平成 令和　年　月　日
⑫ 発病又は負傷の原因及びその経過	原因	⑬ 第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ
	経過	⑭ はいの場合	氏名 住所
⑮ 施術を受けた施術所	名称	⑯ 施術者氏名	
	所在地	⑰ 施術に要した費用	円
⑱ 施術期間（支給期間）	令和　年　月　日 から　令和　年　月　日 まで　（日数　日）		

⑲ 同意記録

	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
同意医師					
再同意医師					

◎振込先欄には被保険者（③欄の方）の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振込先

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。）		
金融機関名称	銀行コード 銀行・金庫・信組 農協・その他（　　） 支店コード 支店・本店・出張所 その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）
		口座番号（右づめで記入）	
口座名義	カタカナで記入	口座名義区分	被保険者（申請者） ☐　事業所の受領代理人 ☐

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委任状

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
受領代理人	氏名

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

健康保険 療養費 支給申請書 （あんま・マッサージ施術者記入用）

東京都電機健康保険組合

あんま・マッサージ指圧師記入欄

患者氏名					
傷病名					
初療年月日	令和　年　月　日	請求区分	□ 新規　□ 継続	転帰	□ 治癒　□継続 □ 中止　□転医
施術期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	実日数	日	摘　要	

施術内容							
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			
	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（加算） ※温罨法との併設は不可	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　月分）		円					
合計		円					

施術日 通院○訪問１① 往療◎訪問２② 訪問３③	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

【往療又は訪問が行われた場合】

１．独歩による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（　　）

上記のとおり施術いたしました。　　令和　年　月　日

あん摩マッサージ指圧師

住　所

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

氏　名

免許登録番号

電話番号　（　　）