※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

❶ ① 被保険者等記号・番号	記号 9876	番号 54321	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 1 2 3 4 / 5 6 7 8 / 9 0 1 2
❷ ③ 氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎		② 生年月日 昭和・平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
④ 住所	〒 113 － 0000 東京 都・道府・県 □□マンション×××号		⑤ 電話番号（日中の連絡先） （　　）
⑥ 事業所名称	株式会社 □□□□		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

❸ 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	脳梗塞後遺症		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 不明		❹ 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 ○○治療院		⑯ 施術者氏名		
	所在地 東京都文京区△△×－×－×		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	健保 一郎	文京区△△ ×－×－×	令和5年10月1日	脳梗塞後遺症	3ヶ月
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。）			
❺ 金融機関名称	銀行コード 0 1 2 3 ×××× 銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）		預金種別	（普通） 当座・その他（　　）
	支店コード 4 5 6 △△△△ （支店） 本店・出張所 その他（　　）		口座番号（右づめで記入）	0 2 3 4 5 6 7
口座名義	カタカナで記入 ケンポ タロウ		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

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格確認画面」、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

❷ 保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、③欄に被保険者名を記入し、右スペースに申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）
※申請者が被扶養者以外の場合は戸籍謄本の原本等が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問合せください。

❸ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❹ 傷病の原因が第三者行為によるものの場合は、当組合へご連絡いただいたうえ、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❺ 振込先は被保険者名義の口座を記入してください。ご家族の口座への振込は出来ません。
振込先を事業所に指定する場合、委任状欄にご記入ください。
※必ず「銀行コード」・「支店コード」は通帳等を確認のうえご記入ください。

※訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。
※健康保険扱いで、あんま・マッサージの施術を継続して受ける場合は、6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。（変形徒手矯正術の場合は、１か月に一度、医師の再同意が必要です。）
※初回申請時・医師の再同意を受けた月については、同意を受けた医療機関の受診情報を確認した上で

添付書類

注：ご提出いただいた原本は、お返しできませんので、ご了承ください。

初回の場合	**領収書の原本** 診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できる領収書の原本	**医師の同意書** 医師による適当な治療手段がなく、あんま・マッサージ施術を受けることを認める同意書 医師の同意（初回または再同意）を受けた月は原本が必要です **施術報告書（写し）** 医師の同意を受けるため、同報告書が発行された月に必要です **往療内訳書(写し)** 往療がある場合のみ
２回目以降		

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。

※　提出先住所　〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4　東京都電機健康保険組合　医療給付課