

健保記入欄	常務理事	事務長	係員	係員	支給額	受付整理No.	
						資格取得日	資格喪失日
					円	平成 年 月 日	平成 年 月 日
					施術回数	給付割合	決済年月日
				回目	割	平成 年 月 日	平成 年 月 日

付 年 月

施術を受けた年月
をご記入ください

被保険者 **家族** **健康保険療養費支給申請書** [あんま・マッサージ] (令和 6 年 6 月分)

健康保険証の 記号・番号	99 — 1234	会社箇所名	近畿日本ツーリスト(株) ○○支店		
被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	勤務先電話	03 — 1234 — 5678		
受診者氏名 受診者が被扶養者の場合	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭和 平成	45 年 11 月 22 日	
傷病名	脳梗塞		発病(負傷) 年月日	令和 6 年 3 月 10 日	
発病(負傷)の 原因および経過	脳梗塞による後遺症		業務によるものですか? はい・いいえ		
被保険者名義 振込先口座	三井住友 銀行 日比谷 支店	普通 当座	口座番号: 1414135 カタカナ 口座名義: ケンボ タロウ		
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号:	番号:	

被保険者(本人)が記入するところ

償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。

歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。

初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。

施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。

申請者署名欄
近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿
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6年6月10日 〒 101-0031 連絡先(携帯)TEL 090-9999-9999
住所 東京都千代田区東神田1-1-1
被保険者の署名 **健保 太郎**

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ

初療年月日	今回施術期間	実日数	請求区分	転用	
H・R 年 月 日	令和 年 月 日~令和 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医	
傷病名または症状	概要				
マッサージ	躯幹	円× 回=	円		
	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× 回=	円			
温罨法	円× 回=	円			
温罨法・電気光線器具	円× 回=	円			
あんま・マッサージ師に記入を依頼してください	円× 回=	円			
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円× 回=	円			
費用額計		円			
施術日: 通院○・往診◎	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			
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
			H・R 年 月 日		
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。 令和 年 月 日				
	免許登録番号()	住所	署名		
	あんま・マッサージ・指圧師				
	連絡先TEL				

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄(あんま師等証明後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。