

# 療養費支給申請書（あんま・マッサージ）記入例

東京都家具 健康保険組合 | 業務課 03-3833-6161 対応番号「1」

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） ※自署の場合、押印は必要ありません
--------------------	-----------	---

被保険者情報	① 保険者証 記号 9876 番号 54321	事業所名称 (株)〇〇〇〇
	② 氏名 ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭平 〇〇年 〇月 〇日
	住所 〒110-0000 東京都墨田区〇〇 電話番号 1-2-3 〇〇マシヨン×××号	電話番号(日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇

【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	③ 施術された方 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	④ 第三者行為によるものですか はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	家族の場合はその方の氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )	
	傷病名 脳梗塞後遺症	発病又は負傷年月日(療養開始日) 平令 〇年 8月 2日
	発病又は負傷の原因及びその経過 原因 不明	
	⑤ 施術を受けた施術所 名称 〇〇治療院	施術者氏名 〇〇 〇〇
	所在地 東京都台東区△△ X-X	施術に要した費用 X,XXX 円
	施術期間(支給期間) 令和 〇年 8月 5日 から 令和 〇年 8月 30日 まで (日数 3日)	
	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 △△ △△ 台東区〇〇 X-X-X 令和〇年8月3日 頸腕症候群 3か月	
	再同意医師	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委任状	⑥ 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。 令和 〇年 8月 25日
	氏名 健保 太郎
	代理人(事業主) 事業所所在地 東京都台東区△△ X-X 事業所名称 (株)〇〇〇〇 事業主氏名 〇〇 〇〇

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。 ※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先	⑦ 金融機関名称 銀行・金庫・信託 農協・その他( )	預金種別 普通・当座・その他( )
	口座名義(カタカナで記入) 支店・本店・出張所 その他( )	口座番号
	公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)	口座名義区分 <input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> (代理人)

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。 受付日付印

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 記入用」も必ずご提出ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

組合使用欄	支給対象額 円	備考	療養費の区分
	一部負担額 円		あんま・
	支給額 円		マッサージ

東京都家具 健康保険組合

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。  
※ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、右上の業務課までご連絡ください。
- 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。
- 「はい」と答えた場合は、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。
- 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。）
- 代理人（事業主）へ委任する場合は、「委任状」欄の記入が必要です。  
なお、代理人（事業主以外）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓を付けてください。  
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）  
注：マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消して正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

## 添付書類

注：同意書、再同意書の交付に当たっては、医師による診察が必要となります。

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(施術報告書)	初回 診察のもと、あんま、マッサージの施術を受けることを認める医師の同意書 6か月ごと 6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、診察を受けた医師からの再同意書と再同意に当たり、あんまマッサージ指圧師から交付された施術報告書の写し

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。

注：この申請書を事業所（事業主）に委任される場合は、事業所経由で提出してください。