

# 健康保険

被保険者  
家 族

# 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧)

# 施術内容証明書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

( 年 月分)

※ 同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①健康保険の記号番号	—	②事業所名称	
	③被保険者の氏名		④生年月日	昭和 年 月 日 平成
	⑤療養が被扶養者に関するときはその者の	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	⑥傷 病 名		昭和 平成 令和	年 月 日
	⑦発病又は 負傷の原因 および経過	いつ どこで 何をしていますか	年 月 日 ( 曜日)	午前 午後
	⑧発病又は負傷年月日			年 月 日
	⑩第三者行為によるものですか？			はい ・ いいえ
	⑪業務中に発生したものですか？			はい ・ いいえ
	⑨施術所の所在地・名称 (施術を受けた場所)	所在地	名称	※入居施設や住所地特例等、居所と異なる場合はコチラに記載
	⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください)	年 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	【 日間】
⑬ 被保険者同意欄	療養を受けた医療機関等に名古屋文具紙製品健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名 _____			
上記のとおり申請します。 年 月 日				
住所 _____ ⑭被保険者の (申請者) 氏名 _____ 名古屋文具紙製品健康保険組合理事長 殿				
⑮振込希望の金融機関等(被保険者名義の口座)を記入してください。				
銀行名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	本店 支店	
預金種別	1.普通 2.当座	口座番号	口座名義人	

⑯給付金の受取を代理人に委任する場合に記入してください。(委任者・代理人ともに署名が必要です。)

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者の 住所 (申請者) 氏名  代理人の 住所 氏名	6.10 受付日付印
---------	---	---------------

\*この申請書には「領収書(原本)」・「医師の施術同意書(原本)」が必要です。状況に応じて他の書類の提出が必要な場合もあります  
\*裏面の「添付書類・注意事項」をよくお読みになってご記入ご提出をお願いします。

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類は不要です。 被保険者のマイナンバー記載欄

健康保険の 記号番号	記号		療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)	男 女	本人																											
	番号			昭・平・令	年 月 日生	家族																											
初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																												
年 月 日		年 月 日～至・ 年 月 日		日	新規・継続																												
傷病名及び症状				転 帰																													
				継続・治癒・中止・転医																													
施 術 内 容 欄	マッサージ (施術料)		同意部位	( 軀幹 )	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )	摘 要																								
			施術回数	回	回	回	回	回																									
	通所		円 ×		回 =																												
	訪問施術料 1		円 ×		回 =																												
	訪問施術料 2		円 ×		回 =																												
	訪問施術料 3 (3人～9人)		円 ×		回 =																												
	訪問施術料 3 (10人以上)		円 ×		回 =																												
	温電法 (加算)		円 ×		回 =																												
	温電法・電気光線器具 (加算)		円 ×		回 =																												
	変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可		同意部位	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )																										
		施術回数	回	回	回	回																											
特別地域 (加算)		円 ×		回 =																													
往療料		円 ×		回 =																													
施術報告書交付料 ( 前回支給 : 年 月分 )		円 ×		回 =																													
合 計				円																													
一部負担金 ( 1割 ・ 2割 ・ 3割 )				円																													
請 求 額				円																													
施術日	訪問1① 通所② 往療③	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
○往療又は訪問の理由 ( 1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ( )																																	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分		1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所地																											
年 月 日		所在地		施 術 所		名 称																											
登録記号番号		施術管理者 氏 名		電 話																													
同意記録	同意医師の氏名	住 所		同意年月日		傷 病 名																											
				年 月 日																													

【記入にあたっての注意事項】

- ・暦月を単位として作成してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・本人からの施術希望、日常生活の疲労回復 ( 疲れ ・ 腰痛 ・ 肩こり ) や疾病予防のマッサージ等は支給対象になりません。
- ・当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入し当該患者から押印を受けてください。

# 添付書類・注意事項

## 添付書類

### 領収書(原本)

全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの。

### 医師の施術同意書(原本)

初療日または医師の同意日から6ヶ月の施術に対し有効となります。

(変形徒手矯正術は1ヶ月の施術に対し有効)

有効期間を経過した時点で、更に施術を受ける場合は再度、医師の診察のうえ  
施術同意書(再同意)の交付を受けることが必要です。

また、有効期間内において2回目以降の請求については、医師の同意書の添付は  
省略または医師同意書(写し)の添付で差し支えありません。

### 施術報告書(写し)

施術者の「施術報告書交付料」が算定されている場合は、施術者等が発行した  
当該書類の写しを確認のため添付してください。

### 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

初療の日から1年以上経過し、かつ、1月に16回以上の施術を受けている場合は、  
施術者等へ『1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書』の記入を受け申請書に  
添付してください。

## 注意事項

1. 暦月ごとに申請してください。
2. 筋麻痺、関節拘縮であって、医療上マッサージを必要とする症例が対象です。  
本人からの施術希望、日常生活の疲労回復や慰安目的、疾病予防、医療機関で治療中の傷病  
(医師から薬や湿布を処方された場合も治療行為になります。)等は支給対象になりません。
3. ⑦「発病または負傷の原因」欄は、詳しくご記入ください。  
なお、負傷の原因が交通事故などの第三者によるもの場合は、「第三者の行為による  
傷病届」の提出が必要です。(用紙は健康保険組合にあります)
4. ⑮「振込希望の銀行口座」欄は、被保険者(請求者)名義の口座をご記入ください。  
振込手続きがスムーズに進むように、必ず通帳等を確認のうえご記入ください。

ご提出の前に今一度、記入漏れや添付書類漏れが無いかをご確認ください。