

# 健康保険療養費支給申請書 (〇〇年〇〇月分)

あんま・マッサージ用

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正)	健康保険の記号・番号	記号 — 番号	事業所名称	勤務先の名称をご記入ください		
	被保険者の氏名	フリガナ 被保険者の氏名をご記入ください	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	被保険者以外で療養を受けた者の氏名等	氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄		
	被保険者の住所	〒 — 被保険者の住所と連絡先をご記入ください	TEL	— —		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (健康保険の記号番号を記入した場合は不要です)					
	傷病名	〇〇〇〇〇〇	発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	発病又は負傷の原因と経過	発症原因は必ずご記入ください	業務上・外、第三者行為(交通事故含む)によるものです 1. 業務上 2. 第三者行為(交通事故含む) 3. いいえ			

※被保険者名義のもの(受領委任する場合は代理人名義のもの)を記入してください。

療養費を受け取る金融機関			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)		
口座番号	公金受取口座を利用される場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は、口座情報をご記入ください		(支)店 出張所 営業部 を記入) 普通・当座
	口座名義		

いずれかに〇をつけてください

※療養費の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署)	代理人氏名
	代理人の住所・電話番号	
	〒 —	被保険者との関係
		TEL — —

あん摩マッサージ師が記入するところ (この欄の訂正はあん摩マッサージ師の直筆で訂正)	初療年月日	年 月 日	施術期間	(自) 年 月 日~(至) 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名又は症状					日	転 帰	継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹 円× 回= 円 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円	備 考					
	変形徒手矯正	この欄はあん摩マッサージ師に証明を依頼してください						
	温 罨							
	温罨法・電気光線							
	往療料 2km まで	円× 回= 円						
	加算 ( km)	円× 回= 円						
	合 計							円
	施術日 通院○ 往療◎	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					
施術証明	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年 月 日		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		
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			
			年 月 日					

※裏面の申請上の注意を参考にご記入ください

大阪港湾健康保険組合

## 《申請上の注意》

1. 施術日ごとの領収書をもらい、必ず領収書原本をまとめて添付し、1ヶ月単位（暦月）で申請してください。
2. 領収書は施術日ごとに、施術を受けた方の氏名（フルネーム）、領収日、施術者の押印があるものに限りです。
3. 初療月を申請される場合は、医師の同意書（原本）を必ず添付してください。
4. 初療日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば添付の必要はありませんが、この場合には「同意記録」欄に必ず記入してください。
5. 病院などの医療機関において、同一疾病の治療・施術を受けている期間は、はり・きゅうについて療養費支給申請は行えません。
6. 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。