

療養費支給申請書（あんま・マッサージ） 記入例

全国信用保証協会 健康保険組合 | 業務課 03-5542-8058

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	1 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	〇〇〇信用保証協会
	氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ	生年月日	昭平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住 所	健保 太郎 (押印不要)	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) 〇〇〇〇
		〒 110- 0000 東京都中央区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由依頼の場合は✓)

【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。

振 込 先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行) 金庫・信組 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	1234567
	3 公金受取口座	ケンポ タロウ	口座名義区分	☒ 被保険者(申請者) ☐ 代理人

委 任 状	4 口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	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 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係()	

申 請 内 容	施術された方	☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	5 第三者行為に よるものですか	※ はい ☒ いいえ		
	6 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	経過			
	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 東京都中央区△△ ×-×	施術に要した費用	×,×××× 円		
	施術期間(支給期間)	平令 〇〇 年 8 月 5 日 から 平令 〇〇 年 8 月 30 日 まで (日数 3 日)				
7 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□□ ×-×-×	令和〇年8月3日	脳梗塞後遺症	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。

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。

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)	受付日付印
8	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、 本人確認をするための添付書類が必要です。
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。

2 対象者が家族(被扶養者)の場合でも、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、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。)

3 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。

4 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(口座名義人)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。

5 「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。

6 対象者が家族(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。

7 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。)

8 1の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* 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、正しい内容をご記入ください。

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)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。