

記号

SSJ → 11

SEJ → 21

財団 → 41

SLJ → 51

UVIX → 151

記入例

## 療養費支給申請書（令和2年12月分）（あんま・マッサージ・指圧）

社員番号

保険者証等の記号番号

11

-

12345

○発病又は負傷年月日

○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）

令和2年11月11日

脳出血による筋肉麻痺

保 險 者 欄	施術を受けた者の氏名  健保 太郎  昭・平・令 50年4月1日生	(フリガナ) ケンポ タロウ	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
		男	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )	脳出血による後遺症  ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である ③. その他
		女		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術年月日	支 付 金 額	請 求 年 分
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	新規・継続
	病名又は症状			転
	マッサージ	躯幹 円× 上肢 円×	回=	円 ※施術管理者以外が施術した場合に記入
			回一	摘要要
合計		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		
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 免許登録番号	令和 年 月 日	保健所登録区分 所在地 あん摩マッサージ指圧師	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 施術所名	

申 請 欄	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 2 年 12 月 25 日			
	被保険者 サンスター健康保険組合理事長 殿	住所 大阪府高槻市〇〇町 1-1	元 *** - ***	
	(請求者)	氏名 健保 太郎	電話 ** (****) ****	
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 3. 郵便	預金の種類	金融機関名	銀行
	口座名 カタカナで記入			本店 支店 出張所 郵便局
委任欄（給与での支払をするために必要です で、必ず記入ください。（退職者は不要）		私は所属する事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領を委任します。 令和 2 年 12 月 25 日 被保険者氏名 健保 太郎		
同 意 記 録	あんま・マッサージ・指圧師の方に記入の依頼をしてください			

&lt;記入にあたっての注意事項&gt;

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」・「施術証明欄」）と「同意記録」は、施術者へ記入を依頼してください。  
「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。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。（ただし、給与振込口座のある方は、記入不要です）

&lt;提出の流れ&gt;本人 → 健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

&lt;その他添付書類（該当する場合）&gt;

□医師の同意書（原本）※初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合

□施術報告書（写し）※施術報告書交付料の申請を行う場合

健保受付印欄