

被保険者本人か家族、  
該当者に○

被保険者 療養費支給申請書  
家 族  
( あん摩 ・ マッサージ )

【令和6年1月分】

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険の記号・番号				
	被保険者氏名	日特 太郎			
	生年月日	昭和 58 年 10 月 10 日			
	事業所住所	お勤めの会社住所を記入			
	事業所名	お勤めの会社名を記入			
	所属	お勤めの会社所属名を記入	内線	123	—
申 請 対 象 者 記 入 欄	※被保険者の場合は氏名・生年月日・続柄は記入不要				
	施術を受けた者の氏名	生年月日	被保険者との続柄		
	日特 花子	昭和 60 年 5 月 5 日	妻		
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	筋麻痺 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">医師の同意を受けた傷病名を記入</span>			
	発病または負傷の年月日	令和 3 年 2 月 5 日			
	発病又は負傷の原因 及びその経過	業務上・業務外 → (原因： (経過： <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">原因・経過を詳しく 記入してください</span> )			
	第三者の行為によって負傷 したものであるか否か	1.ない 2.ある → (第三者の行為による傷病発生届を提出すること)			
	施術に要した費用	1ヶ月分の領収書の合 円			
	同意記録				
	同意医師の 氏名	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">医師の診察を受け、同意を受け た情報を記入または同意書 を添付してください。</span>			
	住所	〒			
同意年月日	R	年	月	日	傷病名
要加療期間					
被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。				
	令和 6 年 4 月 1 日	被保険者氏名	日特 太郎		
	日本特殊陶業健康保険組合 御中				

- ※1 締切は毎月20日(健保必着)、医療機関との併用確認等のため、最短で3ヶ月後の給与に振込みます。  
(退職者、任継は末日口座振込) 適正な支給のための審査により、支給が遅れることがあります。
- ※2 必ず毎月末日までで1ヶ月毎の請求にしてください。
- ※3 「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。但し、前月分以前の申請書に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。
- ※4 以下の書類を添付してください。  
初回申請時→医師の同意書(原本)、施術に要した費用の領収書(原本)  
2回目以降 → 施術に要した費用の領収書(原本)  
【該当する場合】医師の同意書(原本)、施術報告書(写)、往療状況確認表、  
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

健保記入欄			
回数	交付料有無	施術報告書同意日	備考

受付日

\*「日特健保アプリ」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

以下は、あん摩マッサージ指圧師が記入してください。

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
	H・R 年 月 日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	日	新規・継続		
傷病名又は症状				転帰		
				継続・治癒・中止・転医		
マッサージ	躯幹	円×	回=	円	摘要	
	右上肢	円×	回=	円		※施術管理者以外が施術した場合に記入
	左上肢	円×	回=	円		施術者氏名 ( )
	右下肢	円×	回=	円		施術日 ( . . . 日)
	左下肢	円×	回=	円		※往療を必要とした場合に記入
	通所	円×	回=	円	往療日 ( . . . 日)	
	訪問施術料1	円×	回=	円	往療を必要とした理由 ( )	
	訪問施術料2	円×	回=	円		
	訪問施術料3 (3人以上)	円×	回=	円		
	訪問施術料3 (10人以上)	円×	回=	円		
変形徒手矯正術	円×	回=	円			
温電法	円×	回=	円			
温電法・電気光線器具	円×	回=	円			
特別地域(加算)	円×	回=	円			
往療料 4 km未満	円×	回=	円			
往療料 4 km超	円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円			
合計			円			
施術日 通院○往療◎ 訪問1①訪問2② 訪問3③	( 月施術分) 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					
施術証明欄	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			
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。					
	令和 年 月 日					
	所在地		施術所名			
	免許登録番号 ( )		電話番号			
施術管理者名			印			

あん摩マッサージ  
指圧師の  
証明を  
受けてください