

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用) 1 / 2

令和 5年 4月分

該当する方を○で囲んでください。

はり・きゅう用と、あんま・マッサージ用があります。

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所の名称	会社名
	被保険者の氏名と印	25	111 (枝番)	(株)リクルートスタッフィング	
	被保険者の住所・電話	〒 141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20			生年月日
該当する方にチェックを入れてください。					日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (4567) 0000

申請内容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)			
	傷病名	被扶養者(家族)の氏名	被扶養者(家族)の生年月日	発病または負傷の年月日	
	発病または負傷の原因	健保 明	1. 昭和 2. 平成 30年 3月 7日 生まれ 3. 令和	令和 元年 12月 6日	
	経過	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入) 他人の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ 脳梗塞の後遺症で右半身麻痺が残っており、関節の拘縮を緩和するため定期的にマッサージの施術を受けている。			

振込先指定口座	【口座名義の区分】 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)							
	銀行名	支店名	支店コード	預金種別				
	三井住友 銀行	新宿 支店	2 2 1	1. 普通 2. 当座				
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1文字としてご記入ください。)						
1	2	3	4	5	6	7	ケンホ	イチロウ
<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。				注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を備考欄に記入してください。またゆうちょ銀行の口座を希望される場合、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。				

委任状	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。		令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人(口座名義人) 住所 氏名	印	被保険者との関係

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

患者氏名																																
初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	新規	・	継続	転帰	継続	・	治癒	・	中止																		
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日																				
傷病名または症状												摘 要																				
マ ッ サ ー ジ	躯幹	円×		回=	円																											
	右上肢	円×		回=	円																											
	左上肢	円×		回=	円																											
	右下肢	円×		回=	円																											
	左下肢	円×		回=	円																											
あんま師・ マッサージ師 が記入する ところ	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不	◇「あんま師・マッサージ師が記入するところ」は必ず施術者に記入 してもらってください。																														
	温罨法 (加算)	円×		回=	円																											
	温罨法・電気光線器具 (加算)	円×		回=	円																											
往療料	4 kmまで	円×		回=	円																											
	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◎	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	上記の通り施術を行い、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																			
	令和 年 月 日																															
	免許登録番号											住所																				
											あん摩マッサージ指圧師	氏名																				
											TEL	()																				
同意記録	同意医師の氏名											同意医師の住所											同意年月日	傷病名	要加療期間							
																						令和 年 月 日										

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

記入に関する注意事項

1. 訂正の際は、間違った部分を二重線で消し、訂正印を押印してください。
 2. 被保険者の記号・番号は、保険証に記載されています。
 3. 受診者が被扶養者の場合、忘れずに申請内容欄の受診者「被扶養者(家族)の氏名」欄と「被扶養者(家族)の生年月日」欄をご記入ください。
 4. 業務災害、通勤災害に該当せず、「他人の行為によるものですか」が「はい」の場合、提出前にリクルート健保の第三者行為担当者までご連絡ください。
(電話0120-501-042 音声ガイドで「1」を選択してください)
- ※ 今回の申請は業務中、通勤中の傷病ではありませんか？
業務災害・通勤災害の場合、労災保険の給付対象となります。業務または通勤が起因している傷病の場合、申請前に状況、原因等について事業会社の労災担当、人事担当者へ報告してください。
5. 委任状欄は、給付金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。委任者と代理人それぞれの署名が必要です。(同一筆跡不可)

医師の同意を得て、はり・きゅう・あんま・マッサージなどを受けたときの添付書類

- ・ 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
- ・ 医師の同意書（原本）

※1 施術報告書交付料が施術者より徴収された場合、上記の書類に加え、施術者より記入を受けた「施術報告書」の写しを添付してください。

※2 初療の日から1年以上経過しており、かつ、1ヵ月間の施術を受けた回数が16日以上の方は上記の書類に加えて「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(あんま・マッサージ用)」の書類を添付してください。

「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(あんま・マッサージ用)」はリクルート健康保険組合のホームページに掲載しています。
 リクルート健康保険組合→各種手続き→立替払いをしたとき→はり・きゅう、あんま・マッサージにかかるとき

その他注意点

1. 医療機関との併用受診確認などの審査を行うため、請求月の約3ヵ月後以降から審査を開始します。審査の結果により、一部または全額不支給となる場合がありますので、あらかじめご了承ください。
2. 医療費の適正化の一環として、鍼灸院等の施術を受けた方に書面で照会をさせていただく場合があります。また、必要に応じて施術同意された医師へ照会する場合があります。照会状が届きましたら必ずご回答いただくようお願いいたします。