

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用) 1 / 2

※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で採

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。

令和 8 年 7 月分

記号番号はマイナポータル、資格情報のお知らせ、
資格確認書で確認ができます。

被 保 険 者 情 報	記号・番号	90	11111 (枝番) 11	事業所の名称	会社名 (株)リクルート		
	被保険者の 氏名と印	健保 一郎			※自署の場合は捺印省略可 生年月日	1. 昭和 2. 平成 49 年 1 月 16 日 生まれ 3. 令和	
	被保険者の 住所・電話	〒 100-6640 東京都千代田区 ●● ●-●-●			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 (△△△△) 0000	

申 請 内 容	受診者	該当者に ☒ 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。 ☐ 被保険者(本人) ☒ 被扶養者(家族)					
		被扶養者 (家族) の 氏名	健保 明		被扶養者 (家族) の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 3 5 年 3 月 7 日 3. 令和	
	傷病名	神経麻痺			発病又は 負傷年月日	令和 5 年 12 月 6 日	
	発病又は 負傷の原因	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	
	経過	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。					
	施術した場所			※施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載			

振 込 先 指 定 口 座	【口座名義の区分】 ☒ 被保険者名義 ☐ 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	
	三菱UFJ 銀行				●● 支店		1 1 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(゜)は1文字としてご記入ください。)							
	1 1 1 1 1 1 1		ケン ホ イ チ ロ ウ							
☐ 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 ☒ を入れてください)										
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。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付が滞りますのでご注意ください。										

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 8 年 7 月
	被保険者 氏名	●● ●-●-●			被保険者との関係
	代理人 (口座名義人) 住所 氏名	〒 ●● ●-●-● ●● ●-●-●			

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。

健康保険 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(あんま師・マッサージ師記入用) 2 / 2

※記入事項を訂正される場合、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。二重線の近くに、施術者による署名または押印が必要です。

患者氏名																																	
平成																																	
◇ 「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・電気光線器具（加算）		円×															回＝															円	
変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可		同意部位		(右上肢)					(左上肢)					(右下肢)					(左下肢)														
		施術回数		回					回					回					回														
		円×															回＝															円	
特別地域（加算）		円×															回＝															円	
往療料		円×															回＝															円	
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円×															回＝															円	
明細書発行加算		円×															回＝															円	
合 計																																円	
施術日	訪問1①		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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由（ 1：独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2：認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3：その他 [] ）																																	
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					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。

健康保険 療養費支給申請書（あんま・マッサージ） 注意点等

記入に関する注意事項

1. 記入事項を訂正される場合は、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。
二重線の近くに、ご本人による署名または押印が必要です。
 2. 申請書は暦月単位で作成してください。
 3. 被保険者記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ又は資格確認書で確認ができます。
 4. 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。
 5. 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。
6. 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、患者氏名、施術日、但し書き（施術の内容）の記載があるもの
 - ・ 医師の同意書（原本）

【施術状況に応じて以下の書類を添付してください】
- ① 『施術報告書（コピー）』
施術報告書算定料が算定された場合
 - ② 『往療状況確認表（原本）』
医師が歩行困難を認め、往療料を支払っている場合
 - ③ 『1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書（あんま・マッサージ用）（原本）』
初療日から1年以上かつひと月に16回以上、施術を受けている場合
 - ④ 『訪問施術総括表（あんま・マッサージ用）（原本）』
訪問施術料4又は5を算定する療養費支給申請書の場合

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。