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）

1 2

被保険者（申請者）記入用

令和　　年　　月　　日 提出

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　月　日
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）	

振込先指定口座

□ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。		

申請内容

1 受診者	□ 被保険者　□ 家族（被扶養者）		
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 今回の申請は、仕事中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。（該当の場合、必ず健保へご連絡ください） □ 病気 □ ケガ □ 不明 □ その他　（原因および経過）		
5 施術した場所			

注）1. 添付書類　・医師の同意書（原本）　**初回及び再同意時**
・施術報告書（６か月更新）
・領収書（原本）

2. 歴月ごとに申請してください。

「施術者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

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）

1 2

施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入用

施術者（はり師・きゅう師）記入欄

施術内容欄

6 初療年月日	（令和） 年 月 日
申請区分	新規 ・ 継続
7 施術期間	（令和） 年 月 日 から 年 月 日 まで
日数	日
8 傷病名及び症状詳細	
転帰	□ 継続 □ 治療 □ 中止 □ 転医

施術料	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘要
マッサージ	施術回数	回	回	回	回	回	
通所				円× 回＝		円	
訪問施術料1				円× 回＝		円	
訪問施術料2				円× 回＝		円	
訪問施術料3（3人～9人）				円× 回＝		円	
訪問施術料3（10人以上）				円× 回＝		円	
温罨法（加算）				円× 回＝		円	
温罨法・電気光線器具（加算）				円× 回＝		円	

変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併術は不可	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
費用総額				円	

施術日	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
訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③ 月																															

往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難
3. その他（ ）

施術証明欄

上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。
（令和） 年 月 日

免許登録番号 あんま・マッサージ指圧師

保険所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所

住所（所在地）

施術所名

氏名

電話 （ ）

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	要加療機関

決定年月日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		
支給決定金額	円		
常務理事	事務長	担当者	

支払済印	受付日付印

KOA健康保険組合