健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 （あんま はり・きゅう マッサージ）

被保険者	被保険者証	記号		被保険者氏名
		番号		

下記のとおり療養費の支給を申請します

申請内容		
受診者	□ 被保険者 ・ □ 被扶養者（氏名： 続柄： ）	
発病または負傷原因及びその経過		
施術所	名称 所在地	施術師氏名
施術を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日数 日
施術に要した費用の額	円	第三者行為によるときはその事実 □ 該当しない □ 該当する …別途届出が必要です
施術対象となった理由（該当に〇）	はり・きゅう 慢性的な傷病で、医師による適当な治療手段がなく、医師が施術について同意している以下対象の六疾患 ①神経痛 ④五十肩 ②リウマチ ⑤腰痛症 ③頚腕症候群 ⑥頚椎捻挫後遺症	あんま・マッサージ 医療上マッサージを必要とし、医師が施術について同意している以下の主症状 ①筋麻痺・筋委縮 ②関節拘縮

※ 診療月毎に請求してください。

※ 保険証の記号が［1300］の方や、請求時に退職されている方は①振込先をご記入下さい。(ゆうちょ銀行の取り扱いはありません)
上記以外の方は、事業所経由で支給されますので、②委任状欄へご記入ください。

① 振込先口座				
金融機関名称	銀行 金庫 組合 その他（ ） 本店 支店 出張所 支所		預金種別	1．普通 2．当座
口座番号		（フリガナ）口座名義 （ ）	口座名義の区分	1．申請者 2．代理人
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。				

② 委任状		
本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		令和 年 月 日
被保険者（申請者）	住所	
	氏名	

添付書類
(1) 施術者発行の「療養費支給申請書」
(2) 施術に要した費用の領収証（原本）
(3) 医師の同意書（初回および再同意申請時）
(4) 往療料の内訳書および確認書 （該当する場合）

【被保険者のマイナンバー記載欄】※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

マイナンバーで申請の場合：1. 本人確認のため、通知ｶｰﾄﾞ等の写しも添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印

横浜ゴム健康保険組合