健康保険　被保険者 家族　療養費　支給申請書（あんま・マッサージ用）

被保険者欄

被保険者等の（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　年　月　日
電話番号（日中の連絡先）	☐ 勤務先　☐ 自宅　☐ 携帯　（　　）　内線（　　）	※退職者の方は住所をご記入ください。
会社名/事業所/所属		

申請内容

療養を受けた方	氏名（フリガナ）		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　年　月　日	被保険者との続柄
発病または負傷年月日	年　月　日	傷病名		発病または負傷の原因	
業務上・外、第三者行為の有無	☐ 1. 業務上　☐ 2. 第三者行為　☐ 3. その他（　　）				
施術した場所（入居施設や住所地特例等、住民票住所と異なる場合に記載）					

施術内容欄

傷病名または症状		請求区分	新規 ・ 継続	転帰	継続・治癒・中止・転医	
初療年月日	年　月　日	施術期間	令和　年　月　日から	令和　年　月　日まで	実日数	日

施術内容欄		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
施術料	マッサージ（施術料）	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					
	変形徒手橋正術（加算）※温罨法との併施は不可	同意部位	（躯幹）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）		
		施術回数	回	回	回	回		
	特別地域（加算）		円×　回＝　円					
往療料			円×　回＝　円					施術報告書交付料を請求する場合は、「施術報告書」の写しを添付してください。
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）			円×　回＝　円					
合計			円					

施術日 訪問1① 通院○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

往療又は訪問の理由（1. 独歩による公共交通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独歩による外出困難　3. その他（　　））

施術証明欄

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

免許登録番号

あんま・マッサージ師

住所

氏名　TEL　（　　）

保健所登録区分　1. 施術所所在地　2. 出張専門施術所者住所地

同意記録欄

※2回目以降の請求については、下記事項を記入ください。（初療の日から6ヵ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、医師の同意書を添付してください。）

同意医師の氏名	所在地	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

〔備考〕

受付日付印

九州電力健康保険組合

（2026.04）