療養費支給申請書（あん摩・マッサージ）

支給決定	金額								理事長	専務理事	事務長	課長	係

施術所コード	××××××××××	保険種別	①社国 3 後高 2 公費 4 退職	本家区分	②本人・4 六歳・6 家族 8 高一 ・ 0 高7
公費負担者番号		保険者番号	0 0 4 0 3 0 2 2		給付割合 ⑦ 8 9
公費受給者番号		被保険者記号・番号	記号 9 9 番号 9 9 9 9 0 0 0 0		

被保険者氏名（世帯主・組合員）	（フリガナ） シカイシ タロウ 歯科医師 太郎 ㊚ 女 明・大・㊨昭・平 40年 10月 20 日生	被保険者住所	（フリガナ） ××シ×××○チョウメ○バン○ゴウ ××マンション○ゴウ 郵便番号 810-×××× ××市×××○丁目○番○号 ××マンション○号 電話 092-×××-××××
療養が被扶養者に関するとき			
発病の原因及びその経過			業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である ③その他

ご家族が療養を受けられる場合に記入してください。

該当するものに○をつけてください。

A４サイズの用紙で印刷し、１カ月ごとにご申請ください。
青枠内は全てあん摩・マッサージ・指圧師の方が記入されます。

傷病名又は症状		施術日数	発病又は負傷年月日
		日 日	
			請求区分
			新規・継続
			転帰
			継続・治癒・中止・転医
			摘要

施術内容欄

この赤枠内は施術内容に応じ記入されます。

マッサージ		
変形徒手矯正術	円× 肢 × 回 =	円
温罨法	円× 局所 × 回 =	円
温罨法・電気光線器具	円 × 回 =	円
往療料 2ｋｍまで	円 × 回 =	円
加算（ ｋｍ）	円 × 回 =	円

記入例

※添付書類
・同意書・・・医療機関等からの同意書の添付が必要です。
初療の日から３カ月（初療の日が月の１５日以前の場合は当該月の翌々月の末日、初療の日が１６日以降の場合は当該月の３カ月後の月の月末）を経過した後もさらに施術を受ける場合は、再度同意書が必要です。
ただし、医師の同意年月日、要加療期間等の付記があれば必ずしも医師の同意書の添付は必要ありません。また、この医師の同意年月日は３カ月経過以前の日付であることが条件になります。

施術証明欄

同意記録

あん摩・マッサージ・指圧師が医師から再同意をもらうことにより、同意書が不要な場合があります。

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和 7 年 7 月 1 日

福岡県歯科医師 市町村 国民健康保険組合 長殿

世帯主 組合員 被保険者 受給者 氏名 歯科医師 太郎 ㊞

組合員住所・氏名をご記入の上、ご捺印ください。

支払機関欄

ご希望の振込金融機関をご記入ください。

1. 振込	①普通 2. 当座	名 △ △ △	銀行 金庫 農協	▲ ▲ ▲	本店 支店 出張所
金融機関コード	××××	支店コード	×××	口座番号	×××××××
口座名義人	歯科医師 太郎	（口座名義人フリガナ）	シカイシ タロウ		

委任欄

代理受領（各団体や個人施術所への振込）を利用される場合に、ご記入ください。
※償還払い（被保険者への振込）の場合はこちらの記入は不要です。

代理人住所

氏名 ㊞

［記入上の注意］
・往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
・再同意書については、実際に医師からの同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にはその期間を［同意記録欄］に記入してください。