

あんま・マッサージ

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書

|  |   |                |  |                             |   |                                |                      |  |
|--|---|----------------|--|-----------------------------|---|--------------------------------|----------------------|--|
| 健康保険証                                  | 記号  | 〇〇〇〇           | 番号   | 〇〇〇〇〇〇〇                     | 事業所名  | 〇〇〇（株）〇〇〇支店                    |                      |  |
| 被保険者の氏名                                |   |                |  | 〇〇〇 〇〇〇〇                    |   | 生年月日                           | 昭和<br>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |  |
| 被保険者の住所                                |   |                |  | 〒 - 電話番号                    |   |                                |                      |  |
| 現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。              |   |                |  |                             |   |                                |                      |  |
| 施術を受けた方                                | 氏名  | 昭和<br>被保険者との続柄 |  |                             |   | 氏名、生年月日、続柄（妻・長男・長女等）を記入してください。 |                      |  |
| 傷病名                                    | 傷病名、負傷年月日を記入してください。   |                |  |                             | 負傷年月日   | 令和 年 月 日                       |                      |  |
| 負傷の原因<br>（具体的な状況）                      | 負傷（ケガ）の場合は負傷状況（どこでどうしてどうなった）を詳しく記入して下さい。<br>病気（特定できない時）は「不詳」と記入、ケガの時は負傷の原因を詳しく記入してください。 |                |  |                             |   |                                |                      |  |
| 確認事項<br>（該当にチェック）                      | 1. 負傷（ケガ）の原因は第三者行為（交通事故等）<br>※「はい」の場合は「第三者行為に相手がある場合は「はい」に✓を付してください。                    |                |  |                             | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ   |                      |  |
| 2. 今回の傷病は、通勤途上または業務中によるもの              |   |                |  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |                                |                      |  |
| 本件について、事業所を経由して給付すること、申請内容について事業所に確認する |   |                |  | 同意をお願いします。                  |   |                                |                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 受取方法                                   | 【在籍者】<br>事業所に委任して下さい  | 委任状            | 私は本給付金の受領を右記の者に委任します。<br>被保険者（請求者）氏名<br>〇〇〇 〇〇〇〇 |                             | 私は本給付金の受領を左記の者より受任しました。<br>（受任者）<br>事業所にて「事業所名称」および「受任者氏名」をご記入下さい。（ゴム印可能） |                                |                      |  |
|  | 【退職者】<br>振込先を記入して下さい  | 口座番号           | 銀行・信金<br>信組・農協                                   | 本店<br>支店                    | 普通・当座・貯蓄  |                                |                      |  |
| 退職者の方のみ、記入して下さい。                       |   |                |  |                             |   |                                |                      |  |

|                     |  |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|---------------------|--|---|--|-------|-------------------|--|-----|-------|----------------|-------------|
| 施術内容・証明欄<br>（施術者記入） | 初療年月日  | 令和 年 月 日  |  | 施術期間  | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 |  | 実日数 | 日     | 請求区分           | 新規・継続       |
|                     | 傷病名または症状                                       |   |  |       |                   |  |     |       | 転帰             | 継続・治癒・中止・転医 |
|                     | 【摘要】   |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | マッサージ  | 「施術内容証明欄」および「同意記録」は施術者（あんま・マッサージ指圧師）に記入を依頼してください。<br>「施術内容証明欄」および「同意記録」を施術者が本申請書以外の別様式で作成している場合はその様式（原本）を添付してください。その場合、当該欄は空白でも構いません。 |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | 変形徒手矯正術  |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | 温罨法  |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | 温罨法・電気光線器具                                     |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | 往療料 4kmまで                                      |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | 往療料 4km超                                       |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
|                     | 施術報告書交付料<br>（前回支給：令和 年 合計                      |   |  |       |                   |  |     |       |                |             |
| 施術日<br>（通院○ 往療◎）    |  |   |  |       |                   |  |     |       | 27 28 29 30 31 |             |
| 施術証明欄               | 上記のとおり施術<br>令和 年<br>あんま・マッサージ・指圧師<br>（ ） 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 | 令和 年 月 日          |  | 傷病名 | 要加療期間 |                |             |

・この申請書には「医師の同意書（原本もしくは写）」、「施術費用の領収書（原本）」、「施術報告書（写）」を添付してください。  
注1. 初回申請および6カ月を超えて引続き申請する場合は、医師の診察を受けたうえで交付された「医師の同意書（原本）」を添付  
注2. 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は「医師の同意書（写）」を添付してください。（有効期限6カ月）  
注3. 施術報告書交付料の申請がある場合にのみ、施術者より記入を受けた「施術報告書（写）」を添付してください。

【被保険者の方へ】

- 請求書の締切（健保到着日）は毎月10日、翌月25日に支給します。  
（在職中は給与の中で支給します。受取方法「委任状」に、ご署名をお願いします。）
- 支給日の月初（概ね5日頃）に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」<https://kosmoweb.jp> から支給額を確認して頂けます。  
未登録の方は登録をお願いします。ユーザID・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。

【事業主の方へ】

- 受取方法「受任者」に事業所名称および受任者氏名のご記入をお願いします。（ゴム印可能）