

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)						
	1	9	-	1	2	3	4	R6年 12月 4日				脳梗塞の後遺症による筋麻痺			
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				続 柄 男	○発症又は負傷の原因及びその経過 6月に脳梗塞を発症し、その後右下肢の麻痺が現れマッサ ジの施術に至った				○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					

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分		
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日	至・令和 年 月 日	日	新 規 ・ 継 続		
マ ッ サ ー ジ	傷 病 名 又 は 症 状					転 帰 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要	
		右上肢	円×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入	
		左上肢	円×	回=	円	施術者氏名	
		右下肢	円×	回=	円	施術日 . . . 日	
		左下肢	円×	回=	円		
	変 形 徒 手 矯 正 術		円×	肢×	回=	円	
	温 罨 法		円×		回=	円	※往療を必要とした場合に記入
	温罨法・電気光線器具		円×		回=	円	往療日 . . . 日
	往療料 4kmまで		円×		回=	円	往療を必要とした理由
往療料 4km超		円×		回=	円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×		回=	円		
合 計					円		

施術管理者が記入

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	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
		所在地	
		施術所名 あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名

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 1月 10日 グンゼ健康保険組合理事長 殿	被保険者 住所 A県B市C町D1番地 (請求者) 氏名 健保 太郎 電話 070-1111-1111
-------------	---	---

支 払 機 関 欄	支払区分 1 銀行振込 2. 郵便局	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名 〇〇 銀行 金庫 △△△ 本店 支店 出張所 農協
	口座名義 カタカタで記入	ケンポ タロウ	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 郵便局

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
	ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づき支給可能期間内の場合は、記載が必要。				

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

- 医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書