

療養費支給申請書（あんま・マッサージ） 記入例

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ⑤ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- ⑥ 「ケガ」と答えた場合は、別途「負傷原因届」の提出が必要となります。
- ⑦ 健康保険扱いで、あんま・マッサージの施術を継続して受ける場合は、6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。（変形徒手矯正術の場合は、1か月に一度、医師の再同意が必要です。）

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 家 族 (あんま・マッサージ専用) 被保険者(申請者)記入用	
被保険者氏名 健保 太郎	
申請内容	1. 受診者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
⑤ 1. ①事故の場合はその方の氏名 健保 花子 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
2 傷病名 脳梗塞後遺症	③ 発病または負傷年月日 年・* 〇 月 〇 日
⑥ 4 発病の原因および経過(詳しく)	1. 病名 不明 (原因および経過) 2. ケガ ⇒ 負傷原因書を併せてご提出ください。
5 施術を受けた施設等の名称 〇〇治療院 所在地 東京都台東区△△ ×-×	
	診察した医師等の氏名 〇〇 〇〇 施術に要した費用 ×,××× 円
6 施術期間(支給期間)	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 日数 5 日 〇〇1002 から 〇〇1031
7 同意記録	氏名 住所 同意年月日 傷病名 要治療期間
同意医師	△△ △△ 台東区□□×-×-× 令和〇年8月3日 脳梗塞後遺症 3か月
再同意医師	