

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）

下記のとおり請求します。

被 保 険 者 記 入 欄	令和 年 月分（暦月ごと）															
	健康保険の 記号-番号		-		氏 名											
	住 所		〒 () TEL ()													
	会社名															
	家族に関する 申請のとき		家族 氏名				生年 月日		年 月 日		続柄					
	傷 病 名 〔医師の同意を 受けた傷病名〕						発病又は 負傷年月日		令和 年 月 日		午前・午後 時頃					
	発病又は 負傷の原因 （具体的に）		業務上の負傷ですか。（はい・いいえ） 第三者の行為によるものですか。（はい・いいえ）													
	同意 医師の 氏名				同意 年月日		令和 年 月 日		要加療 期間							
	住所						傷病名									
	振込 希望 口座		金融機関名		本・支店名		口座番号		請求者名義 （カタカナ）							
		銀行 金庫 （ ）		本店 支店 （ ）		（普）										
あんまマッサージ指圧師 記入欄																
施 術 内 容 欄	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		請求区分		転帰	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日				令和 年 月 日		日		新規・継続		治療・中止			
	傷病名または症状												摘要			
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹		円×				回＝		円					
			右上肢		円×				回＝		円					
			左上肢		円×				回＝		円					
			右下肢		円×				回＝		円					
			左下肢		円×				回＝		円					
	変形徒手矯正術		円×				肢×		回＝		円					
	温 罨 法		円×				回＝		円							
	温罨法・電気光線器具		円×				回＝		円							
	往療料 4 kmまで		円×				回＝		円							
	往療料 4 km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													
月 施術日： 通院○ 往療◎																
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																
施 術 証 明 書	保健所登録区分 1. 施術所所在地						上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。									
	2. 出張専門施術者所在地 あんまマッサージ指圧師 免許登録番号						令和 年 月 日 所在地 施術所名 氏名 TEL () - 印									

【注意事項】
記入・添付書類については裏面をご確認ください。

受付印

常務理事	担当	担当	

【注意事項】

- ① この請求書は、暦月を単位として作成してください。
- ② 「同意記録」の「要加療期間」は、医師の指示があったときのみご記入ください。指示がない場合は記入の必要はありません。

【添付する書類】

- ① **領収書**（原本）
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの。レシート不可。
- ② 医師の**同意書**
 - ・初めて施術を受けるとき、及び初めて施術を受けた日から6か月を経過して更に施術を受けるときは、医師の診察のうえ同意書の交付を受ける必要があります。
 - ・同意書の交付を受けた月は、同意書の原本を添付し、同意書の交付がない月も、必ず毎回「写し」を添付してください。
 - ・同意書の有効期間

同意日	同意書の有効期間
1日から15日	同意月の5ヵ月後の末日まで
16日から月末	同意月の6ヵ月後の末日まで

- ③ **施術報告書**（写し）
施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。
- ④ **往療状況確認書**
往療（歩行困難等の理由により自宅等に施術者が赴くこと）による施術を受けた場合には、施術者へ「往療状況確認書」の記入を受け申請書に添付してください。
- ⑤ **1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**
初療の日から1年以上経過していて、かつ、1ヵ月間の施術を受けた回数が16回以上の場合には、施術者へ「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書」の記入を受け申請書に添付してください。

【問合わせ先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合
〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階
TEL (06)4397-3260

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--