被保険者
家　族　療養費支給申請書　（あん摩・マッサージ・指圧用）

年　月　日提出

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号・番号	記号		② 被保険者氏名 生年月日		印
	番号			生年月日　昭・平・令　年　月　日	
③ 被保険者の現住所	〒　－　電話　（　）				
④ 事業所名称					

⑤ **被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。**

氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	被保険者との続柄	

⑥ 傷病名		⑦発病又は負傷年月日	年　月　日
⑧ 発病又は負傷の原因（詳細に記入）	い　つ・・・		
	ど　こ　で・・・		
	どのように・・・		
⑨ 第三者によるものですか	はい　・　いいえ		
	「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
⑩ 業務中に発生したものですか	はい　・　いいえ		
⑪ 施術を受けた施術所	名称		
	所在地		
⑫ 施術を受けた日（○を付けてください）	年　月	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　【　日間】	
	※　暦月単位で１月につき１枚の申請が必要となります。		
⑬ 被保険者同意欄	療養を受けた医療機関等に愛鉄連健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。		
	被保険者氏名　㊞		
※　同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。			

（フリガナ）払渡し希望銀行の口座		預金の種類				口座名義人氏名（被保険者）	
	銀行 信用金庫		普通 当座 貯蓄	店番		ﾌﾘｶﾞﾅ	
	本店 支店			口座番号		氏名	

□　本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）

備考欄	

委任するときを記入するところ

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

年　月　日

被保険者(申請者)

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

委任された者の

事業所名

住　所

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

施　術　内　容　証　明　書　（あん摩・マッサージ・指圧用）

（　　年　　月分）

あん摩・マッサージ・指圧師記入欄

① 被保険者の記号・番号	記号		② 受療者の氏名	本人
	番号		生年月日　昭・平・令　年　月　日	家族

③施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	年　月　日　～　年　月　日	日	新規・継続

傷病名			転帰 継続・治癒 中止・転医
マッサージ	躯幹　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		摘要
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 4km まで	円　×　回　＝　円		
加算 4km 以上 16km まで	円　×　回　＝　円		
施術報告書交付料 **（前回支給：　年　月分**	円　×　回　＝　円		
合計	円		

施術日 通院○ 往療◎	月	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

④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。

年　月　日

施設の所在地

あん摩　マッサージ　指圧師　名　称

氏　名　㊞

電　話

あん摩　マッサージ　指圧師　免許登録番号（　　）

⑤同意記録

同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		年　月　日		
再同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		年　月　日		

（初療日または医師の同意日から６月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には**医師の再同意書**を添付してください。但し、変形徒手矯正術は１か月毎に同意書が必要です。）

【注意事項】　本人からの施術希望、日常生活の疲労回復（疲れ・腰痛・肩こり）や疾病予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。

（令和１年５月１日　改）