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）

令和７年１１月５日提出

被保険者が記入するところ

① 記号・番号	記号	1000	② 被保険者氏名 生年月日	健保　太郎	
	番号	100		生年月日	昭和・平成４５年１０月２１日
③ 被保険者の現住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇　電話（〇〇〇〇）〇〇―〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇				
④ 事業所名称	〇〇運輸株式会社				
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	健保　花子	生年月日	昭和・平成・令和４５年９月２日	被保険者との続柄	妻
⑥ 傷病名	脳出血後遺症	⑦発病又は負傷年月日	５年１０月２２日		
⑧ 発病又は負傷の原因（詳細に記入）	い　つ・・・　５年１０月２２日 ど　こ　で・・・　自宅 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	〇〇治療院			
	所在地	〇〇市〇〇町〇―〇			
⑫ 施術を受けた日（〇を付けてください）	７年１０月	1②3④4 5 6 7 ⑧ 9 ⑩ 11 12 13 14 ⑮16 17 18 19 ⑳ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31【６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知県トラック事業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　健保　太郎				
	※　同意医師へ確認させて				

在職中の請求の場合は必ずご記入ください。

金額の受領を委任するときに記入するところ

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
令和７年１０月３１日
被保険者(申請者)　健保　太郎
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

委任された者の
所在地　〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇号
事業所名　〇〇運輸株式会社
事業主氏名　〇〇　〇〇

施　術　内　容　証　明　書　（あん摩・マッサージ用）

（　７　年　１０　月分）

あん摩・マッサージ師記入欄

① 記号・番号	記号	1000	② 療養を受けた者の氏名	健保　花子	本人
	番号	100		生年月日	昭和 平成・令和４５年９月２日

家族

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
７年１月２１日	７年１０月２日 ～ ７年１０月２０日	６日	新規・継続

施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記入）

傷病名及び症状：脳出血後遺症　転帰：継続・治癒・中止・転医

③施術内容欄

施術料	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
マッサージ（施術料）	施術回数	６回	６回	６回	６回	６回	
通所			円×	回＝		円	
訪問施術料１			4，550 円×	６回＝		27，300 円	
訪問施術料２			円×	回＝		円	
訪問施術料３（3～9人）			円×	回＝		円	
訪問施術料３（10人以上）			円×	回＝		円	
温罨法（加算）			円×	回＝		円	
温罨法・電機光線器具（加算）			円×	回＝		円	
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）		
	施術回数	回	回	回	回		
			円×	回＝		円	
特別地域（加算）			円×	回＝		円	
往療料			円×	回＝		円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）						円	
合　計						27，300 円	

施術日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
通所〇往療◎ 訪問 1① 訪問 2② 訪問 3③	10月		①		①				①		①					①
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
						①											

④施術証明欄

往療又は訪問の理由　1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3.その他（　　）

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。　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
令和７年１０月３１日

施術所　所在地　〇〇市〇〇町〇―〇
名　称　〇〇治療院
施術管理者　氏　名　〇〇　〇〇
電　話　〇〇〇〇―〇〇―〇〇〇〇

登録記号番号（　　）

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
〇〇〇　〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番	７年９月１０日	脳出血後遺症	

【添付書類】　●領収書(原本)　●医師の同意書(原本)　●施術報告書（写し）

初療日または医師の同意日から６か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。また、施術報告書を施術者から貰い受けたときはその写しを添付してください。