

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あんま・マッサージ)の手引き 家 族

保険適用となる症状があり、医師が治療の必要性を認めた場合に限り、施術費用を全額立て替えた場合は「療養費」として支給を受けることができます。

申請書は2～4ページ目です。漏れなく正確にご記入ください

- 支給申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身をご記入ください。
- 被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください

## ● 「医師の同意書」（原本）

- 変形徒手矯正術なし 初回 および 長期治療の場合は更新月
- 変形徒手矯正術あり 毎月更新

初療日または同意日	有効期間
15日まで	5カ月後の末日
16日以降	6カ月後の末日

## ● 「施術報告書」（写し）

施術者から医師への報告書となります。  
6カ月更新のため、「医師の同意書（原本）」と併せて提出ください。

⑧ 医師の同意のない施術は、健康保険の対象となりません。

## ● 領収書の原本

受診者名・診療年月が記載されたもの

提出された書類はいかなる場合でも返却はできません。  
必要と思われる場合には、提出前にあらかじめコピーを取っておいてください。



健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あんま・マッサージ)

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

被保険者記入欄

1. 受診者 1. 被保険者 氏 生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和
2. 傷病名 3. 発病または負傷年月日
4. 傷病の原因 および その経過 (詳しく) 1. 病気 2. ケガ 3. 不明 4. その他

施術者(はり師・きゆう師)記入欄

初療年月日 施術期間 実日数 申請区分
傷病名及び症状詳細
マッサージ 躯体 円 x 回 = 円
変形徒手矯正術 円 x 肢 x 回 = 円
費用総額
施術日 通院 往療

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。
保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所
免許登録番号 氏名 住所(所在地) 施術所名 氏名 氏名 氏名

同意記録

同意医師の氏名 同意医師の住所 同意年月日 傷病名 要加療期間

給付金は事業所へ振込をし、事業所より被保険者本人の口座へ振込となります。

ただし、現在すでに退職されている場合は被保険者本人口座への振込となりますが、最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人と人事担当者にて確認のうえ記入してください。

<p><b>① 振込先の確認</b></p> <p>現在の状況について、お尋ねします。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 在職中(給付金の受領を事業主へ委任します)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 任意継続被保険者として、パナソニック健保に加入中</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日退職</p> <p>「3」に該当する方のみ、<b>②</b>をご記入ください</p>	<p><b>② 資格喪失者の口座</b></p>	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)	
		金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他( )	本店 支店 出張所	
		預金種別	普通	口座番号	<input type="text"/> (右づめ)
		口座名義人	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。)◆被保険者名義の口座に限る <input type="text"/> <input type="text"/>		
		公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。 (上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。		

③ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)の提出が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

**【領収書貼付】**

施術を受けた領収書を、内容がわかるように重ねずに貼り付けてください。1枚で足りない場合は、数枚に分けて貼付けてください(はずれないようにしっかり貼付けてください)