※当健康保険組合では、あんま・マッサージ指圧師等への受領委任払いは行っておりません。
※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

【同意書の有効期限】
同意日付 1～15日：当該月の5ヶ月後の末日
同意日付16～31日：当該月の6カ月後の末日

健康保険　療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

（　　年　　月分　　第　　回目）

被保険者欄			
○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	年　月　日		
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭・平・令　年　月　日生	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 （1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　）） ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄				
初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
（　）年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続	
傷病名及び症状			転帰	
			継続・治癒・中止・転医	

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	回	回	回	回	回	
通所	円×	回＝	円				
訪問施術料　1	円×	回＝	円				
訪問施術料　2	円×	回＝	円				
訪問施術料　3（3人～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・電気光線器具（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×	回＝	円				
合計	円						

施術日	訪問1①	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
通所○ 往療◎	訪問2② 訪問3③																																

○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（　　））

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。 令和　年　月　日	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
免許登録番号	〒　－ 住所	
あん摩マッサージ指圧師	氏名（自署）	電話

同意記録				
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

本人同意書欄	
私は、健康保険給付に基づく保険給付請求に関し、私に係る診療報酬明細書および関係書類についてオリックスグループ健康保険組合に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容紹介の回答をすることに同意します。	
令和　年　月　日	事業所の名称 〒　－
オリックスグループ健康保険組合　理事長殿	申請者（被保険者） 住所 氏名（自署）　電話

退職者欄				
この請求書を提出する時点ですでに退職している方のみ記入（在籍者は給与第一口座へのお振込となります。）				
銀行コード＿＿＿＿	支店コード＿＿＿＿	預金の種類		
銀行・農協 信金・信組	本店 支店	普通　・　当座		
口座名義 カタカナで記入		口座番号		郵便局

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。　　＜受付印＞

≪添付書類≫　初回　　：領収書（原本）、医師の同意書（原本）
2回目以降：領収書（原本）、医師の同意書（再同意時は原本/それ以外はコピー）

＜健保組合処理欄＞

常務理事	事務長	担当	

2024.10改訂

【領収書貼付台紙】

※申請に係る**全て**の領収書をこちらの台紙に月毎/日付順に貼付してご提出下さい。
（裏面にも貼付可・1枚で収まらない場合は別紙を使用し、糊付けして下さい。）

健康保険証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名
―		

＜健康保険組合処理欄＞

常務理事	事務長	担当	

＜受付印＞

（別紙）