

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書 (はり・きゅう、あんま・マッサージ用)

(一方を○で囲んでください)

みずほ健康保険組合 御中

① 提出日 令和 年 月 日

被保険者(申請者)の記入欄	② 被保険者等	記号	番号	③ 氏名					
	④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日				
	⑤ 住所 電話番号	〒	連絡先(昼間)の電話番号 ( )						
	⑥ 事業所名称				⑦ 所属部室店				
	⑧ 対象者が家族の場合はその方の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢 歳	
	⑨ 傷病名								
	⑩ 発病の原因及び経過	いつ	令和	年	月	日	(曜日)	午前 午後	時頃
		どこで	何をして						
		A 業務(通勤)中ですか	はい ・ いいえ → 「はい」の場合はBへ						
		B 業務災害、通勤災害の認定を受けていますか。	はい ・ 請求中 ・ 未請求						
	⑪ 施術を受けた 施術所等の	名称	施術師等の氏名						
		所在地							
	⑫ 療養費支給申請の理由	① <input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ② <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ③ <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため ④ <input type="checkbox"/> 全額を支払ってはり・きゅう又はあんま・マッサージの施術を受けたため ⑤ <input type="checkbox"/> その他( )							
	⑬ 施術を受けた期間	令和	年	月	日	から	日数	日	
	令和	年	月	日	まで				
⑭ 施術に要した費用の額 (領収書の額)	円	⑮ 施術の内容	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ						
⑯ 照会等の同意	私は、健康保険法に基づく私に対する本給付の支給可否決定に関する調査のため、みずほ健康保険組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び傷病に関わった団体等に対してみずほ健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、みずほ健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。なお、本書の写しも有効と致します。 みずほ健康保険組合 理事長 様 令和 年 月 日 受療者署名 _____ 受療者が中学生以下の場合は保護者の自署と受療者との続柄 保護者署名 _____ (続柄 )								

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

【添付書類】 ※別紙【添付書類および注意事項】参照

## [領収書原本貼付欄]

### 領収書貼付 枚

- ※ 領収書の原本をこの用紙に貼り、上記に貼付枚数を記入してください。
- ※ 領収書には必ず療養を受けた方の氏名、施術費用、施術日を記載してもらってください。
- ※ 領収印(施術所印や施術者印)の印鑑がない領収書は無効となります。
- ※ 領収書貼付の用紙は複数枚になっても差し支えありません。

## 【添付書類および注意事項】

必要書類		注意事項
療養費支給申請書(原本) 「はり・きゅう用」または 「あんま・マッサージ用」	必須	施術者等が発行。 申請欄は申請者(被保険者)が記入をします。 申請者(被保険者)以外の口座に給付金を支払いませので、 支払機関欄と委任欄は記入しないでください。
領収書(原本)	必須	療養を受けた方の氏名、施術費用、施術日が記載されており、 領収印のあるもの。
医師の施術同意書(原本)※	該当月	初回申請時には、医師の同意書(原本)を添付してください。 また、健康保険を使って継続して「はり・きゅう、あんま・マッ サージ」の施術を受けるには、6か月ごとに文書による同意が 必要です。 ※ あんま・マッサージの変形徒手矯正術の場合は1カ月 ごとに文書による同意が必要です。
施術報告書(写し)	該当月	施術報告書交付料を支払った場合、その「施術報告書(写し)」 を添付してください。
その他	該当月	申請者の状況に応じて別途書類提出を求める場合があります。

- ※ 同意書の有効期限 ①1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、5ヶ月後の末日まで  
②16日～末日までに医師が同意書を作成した場合、6ヶ月後の末日まで

※ 他人の行為による負傷の場合は、第三者行為の傷病届が必要です。健保までご連絡ください。

### 【注意事項】

- ・ 暦月ごとに申請して下さい。
- ・ 当健保組合において審査のうえ、支給(不支給)決定を行います。  
(疲労回復や慰安を目的としたものは支給対象外です。)
- ・ 医療機関との併用確認や医師への照会等のため、支給(不支給)決定は申請書類一式の当健保組合  
到着日よりおおよそ4～5ヶ月以降となります。

### 【送付先】

- ・ 行内メール → 大手町本部ビル気付 24階 みずほ健康保険組合 給付チーム 宛
- ・ 郵便 → 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階  
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛