

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

被扶養者

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 () メールアドレス			
	療養を受けた者の氏名		療養を受けた者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	
	発症または負傷の原因				
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄	初療年月日			施術期間		実日数	請求区分																				
	平・令 年 月 日			自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		日	新規 ・ 継続																				
	傷病名または症状						転帰																				
							継続・治癒・中止・転医																				
	マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円	摘 要																					
		右上肢	円 ×	回 =	円																						
		左上肢	円 ×	回 =	円																						
		右下肢	円 ×	回 =	円																						
		左下肢	円 ×	回 =	円																						
	変形徒手矯正術			円 ×	回 =		円																				
	温電法			円 ×	回 =		円																				
	温電法・電気光線器具			円 ×	回 =		円																				
	往療料 4kmまで			円 ×	回 =		円																				
	往療料 4km超			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																									

施術証明書	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 年 月 日				
	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)		施術所 所在地 名 称	電話	
_____ 施術管理者 氏 名					

備考					
----	--	--	--	--	--

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		

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	☐ ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		←該当するものにチェック☑して下さい。	
	☐ ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏 名		
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏 名		

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード			支店コード		
	金融機関名称	銀 行 信用金庫				本店 支店
	預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
2. 治療内容の書いてある領収書原本

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。		
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		