

健康保険

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

|        |                         |                                                                                     |            |                      |                                          |
|--------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|------------------------------------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号              | 記号<br>●●                                                                            | 番号<br>×××× | 所属事業所及び部署名           | 〇〇〇株式会社 〇〇支店<br>電話(内線) 03-1234-5678(999) |
|        | 氏名                      | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎                                                               |            | 生年月日                 | 昭和<br>平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日                  |
|        | 住所<br>電話番号等<br>(日中の連絡先) | 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室<br>電話 090(7891)2345 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp |            |                      |                                          |
|        | 療養を受けた者の氏名              | 健保 花子                                                                               |            | 療養を受けた者の生年月日         | 昭和<br>平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日                  |
|        | 発症または負傷の原因              | 脳出血による後遺症                                                                           |            |                      |                                          |
|        | 交通事故等<br>第三者が原因<br>ですか  | いいえ はい<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。                                                      |            | 業務上、通勤途上<br>によるものですか | いいえ はい<br>※「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                    | 平・令 年 月 日 |          | 施術期間                   |          | 実日数               | 請求区分  |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 傷病名または症状                 | 令和 年 月 日  |          | 自 令和 年 月 日～至 平令和 年 月 日 |          | 日                 | 新規・継続 |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | マッサージ                    | 円 × 回 = 円 |          | 円 × 回 = 円              |          | 転帰<br>継続・治癒・中止・転医 |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 変形徒手矯正術                  |           |          |                        |          | 摘 要               |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 温罨法                      |           |          |                        |          |                   |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 温罨法・電気光線器                |           |          |                        |          |                   |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 往療料 4km未満                |           |          |                        |          |                   |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 往療料 4km超                 |           |          |                        |          |                   |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 施術報告書交付料                 | (前回支給:)   |          |                        |          |                   |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 合計                       |           |          |                        |          |                   |       |              |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術日<br>通院○<br>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。 |           | 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 |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | 登録記号番号(申し出た施術者登録番号)      |           | 令和 年 月 日 |                        | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日          |       | 令和 年 月 日     |       |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 備考                | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 |       |
|     | <input type="checkbox"/> 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                  | 健保 太郎 |
|     | 代理人(実際に給付を受領する者)                                                 | 氏名                  |       |

※任意継続・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 |     | 任意継続被保険者・退職者以外は、<br>委任状欄にご記入ください。<br>任意継続被保険者・退職者は、<br>振込先情報欄にご記入ください。 | 本店<br>支店 |
|       | 金融機関名称  |     |                                                                        |          |
|       | 預金種別    | 普 当 |                                                                        |          |

- 添付書類
- 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
  - 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)                                                                                                                     |  |
|    | ※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。<br>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<br>・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 |  |

受付日付印