

| | | | | | |
|--------|-------------------------|---|------------|------------------|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号 | 記号 ●● | 番号 ×××× | 所属事業所及び部署名 | 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999) |
| | 氏名 | フリガナ ケンボ タロウ | 健保 太郎 | 生年月日 | 昭和 平成 ●●年●●月●●日 |
| | 住所 電話番号等 (日中の連絡先) | 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 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 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 | 令和 年 月 日 | | 施術期間 | 自 令和 年 月 日 至 平令和 年 月 日 | 実日数 | 日 | 請求区分 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術 | 女上肢 | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 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 |

この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください。

| | | | | |
|-------|---|---------|-------------------|---------------|
| 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 電話番号 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 令和 年 月 日 | 傷病名 要加療期間 |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

| | | |
|-----|--|----|
| 委任状 | 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 |

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

| | | | | |
|-------|---------|----------|------------|-----------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | 1234 | 支店コード | 123 |
| | 金融機関名称 | ●● | 銀行 信用金庫 | ●● 本店 支店 |
| | 預金種別 | 普通 当座 | その他 () | 口座番号 1234567 |

■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。 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 | 受付日付印 |
|----|--|-------|