

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 平成 年 月 日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		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 平成 令和 年 月 日
	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		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。			
				※「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 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			
		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					
	温罌法	円 ×	回 =	円					
	温罌法・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
備考	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		

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		

※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			支店コード	
	金融機関名称			銀行	本店
				信用金庫	支店
	預金種別	普通 当座 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

■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