

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 ●●	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 ケンポ 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	平・令 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	転帰																							
	マッサージ	円 × 回 = 円 円 × 回 = 円						摘要	摘要																							
	変形徒手矯正術																															
	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 (前回支給済)																															
	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
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)		施術所 所在地		名称		電話																									
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																												

※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	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