

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)	〒		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	平・令 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																											
		温罨法	円 ×	回 =	円																											
	温罨法・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。		令和 年 月 日	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	施設所 所在地 名称	電話	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	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																										

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input 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
	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		本店
		信用金庫		支店
預金種別	普通 当座	その他 ()	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		