

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		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ はい

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																											
	平・令 年 月 日	自 令和 年 月 日	至 平令和 年 月 日	日	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																											
	左上肢	円 ×	回 =	円																												
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)																																
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	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	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										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																							

※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			任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。	本店 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)	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		