

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) | 〒 | 電話 () | 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。

| 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 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 右上肢 円 × 回 = 円 左上肢 円 × 回 = 円 右下肢 円 × 回 = 円 左下肢 円 × 回 = 円 | | 摘要 |
| 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 |
|-------------------|---|---|

| | | | |
|--------------------------|---------------|----------|--------------|
| 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 | |
| | 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 | 傷病名 |
| | | | 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。 | | |
| | 日付 | 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 口座番号 | 口座名義(カタカナ) |
| | | その他 () | |

■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) | |
| | ※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