

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・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 ※「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		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	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																							
	温電法			円 ×	回 =	円																							
	温電法・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
	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	電話
		名称			
		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	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		

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 信用金庫				本店 支店
	預金種別	普通 他 当座 ()	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)	
	※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