

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 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)	〒 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 年 月 日 平成 令和
	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。

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	
	マッサージ		軀幹	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				回 =	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			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				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					

※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 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					