

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 ※「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	平・令 年 月 日		施術期間		実日数	請求区分
	傷病名または症状	令和 年 月 日		自 令和 年 月 日 至 平令和 年 月 日		日	新規・継続
	マッサージ	躯体幹 右・上肢		円 × 回 = 円 × 回 =		円	転帰 継続・治癒・中止・転医
	変形徒手矯正術						摘 要
	温電法						
	温電法・電気光線照						
	往療料 4km未満						
	往療料 4km超						
	施術報告書交付料 (前回支給済)						
	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) 施術所 所在地 名称 電話番号 施術管理者 氏名		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							
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		

※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	1234	支店コード	123
	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	1234567 口座名義 (カタカナ) ケンボタロウ

- 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)	
	※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