

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 平成 年 月 日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		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。

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 口座番号 当座 ()	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