

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 ケンポ 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		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。

※「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 平令和 年 月 日		
傷病名または症状				新規・継続 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		
変形徒手矯正術				
温罨法				
温罨法・電気光線器				
往療料 4km未満				
往療料 4km超				
施術報告書交付料 (前回支給:)				
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。		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 要加療期間
			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 checked="" 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	健保 太郎
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

※在職・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	任意継続被保険者・退職者以外は、 委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、 振込先情報欄にご記入ください。	本店 支店
	金融機関名称		
	預金種別		

■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