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	フリカ・ナ			被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	目	
報・申請	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	電話	()	メールアトレス					
i: 内 容	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	B	
	発症または 負傷の原因									
	交通事故等 第三者が原因 ですか	\$ N	いえ・	はい	業務上、通勤途上 によるものですか	VV	ハえ・	はい		
	C 7 15-	※「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											ħ	 色術	期間									実日	数		請		区分		
	平•令	年		В	+		б .	令和	年		月				, 令和	п	年		月		日	-		日				※	涛	
	1 13 1 23 1						13 (114			/1		Н .		14.4	н			71		Н			-		19179	転		I)L		
	傷症	傷病名または症状																							幺字	売•治	-	•	• #=	压
					+	躯草	۵						ш					I all						ш	州生力	ήΓ.1□	观!	тш	. 44	
													円	×				回						円田			摘	要		
						右上							円	×				回						円						
		マット	サージ			左上							円	×				口						円						
施					右下							円	×				口	=					円							
術						左下	肢						円	×				口	=					円						
施術内容欄	変		手矯正術										円	×				口	=					円						
欄	温罨法												円	\times				口	=					円						
	温罨法·電気光線器具												円	\times				口	=					円						
	往療料 4kmまで											円	\times				口	=					円							
	往療料 4km超_											円	\times				口	=					円							
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分			分								円	×				口	=					円							
	合計																						円							
	施術日																													
	通院○ 往療◎		J	1	2	3 4	5	6 7	8 9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21 2	2 2	3 2	4 25	5 26	27	28	29	30	31
	12000	ト ト ト	り施術を行	テレン	2,	の弗F	コたも	海巾1	士1 <i>†</i>	-	Τ,	(兄.(本	:所登	1.52.9	マム			1 1/4	(採司	FTF7	生地		c) H13	長専門	おお	÷±/): 리단	HH	
施	令和	(// 貝川	1.5	妈収し	JU1	-0		IN IE	171 -5	7 363(1	<u> </u>			1.//	לו ניוץ:	17211	1.20			и ред 7.	K-41	1 VIET 1.1	1 H I	エルル	res				
術証		年	月(中) 山东	日田田田	Z ZV	43L-4E-F		松谷	\$7F	ᆵ	/. #	h																		
HH	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										垂	話																		
書											电	.00																		
								AR NO E	NETH	1	\ A																			
備考																														
同	同	意医的	師の氏名							住房	斤							同	意年	月日	l		傷病名			要	更加想	東期	間	
同意記録																2	令 和		年	月	F	1								

※受領委任する場合は、委任状欄に記入してください。

/•\ _	次文原安江 y 3 物 日は、安江 小側に 正 八 して \ /こと v 。											
	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	目						
委任状	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	金融機関コード				支店コード				
	金融機関名称				銀 行信用金庫				
報	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

	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)		
備	※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た	ごさい。
老	①通知カードの写1.	②個人番号記載の住民	亜の写Ⅰ. ③個人番号・	カード(面面)の写1.	のいず

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