

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】
被扶養者

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	被保険者生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成
	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			
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	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。

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	実日数	〇	請求区分	新規 継続																							
	傷病名または症状	この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください。																														
	マッサージ																															
	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
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																										
備考	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)		施術所名称	所在地	電話																											
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																												

※受領委任する場合

委任状	本申請に基づく給付	被保険者以外(実際に給付)	被保険者以外(実際に給付)
	被保険者以外(実際に給付)		

被保険者以外の口座への給付を希望する場合は委任状欄をご記入ください。
基本的に被保険者(従業員)の口座への給付となります。

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 ()	口座番号	1234567
		口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ	

■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
----	---	-------