

被保険者欄	被保険者証等の 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) ケンボ タロウ			被保険者 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日
		健保 太郎				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					
		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	(フリガナ) ケンボ ハナコ			療養を受けた者の 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日
健保 花子			平成				
発症又は 負傷年月日	●●年 ●●月 ●●日			発症又は負傷の原因 及びその経過	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。		

施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数	請 求 区 分			
	(		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。							継 続	
	傷病名及									帰	
										中止・転医	
										要	
	施 術 料										
	温 罨										
	温罨法										
	変形徒手 ※温罨										
	特 別										
	往 療 料										
	施術報告書										
	明 細 書										
	施術日 訪問									28	29
通所○ 訪問○											
往療○ 訪問○											

○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())

施 術 証 明 欄	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			〒 ー 住 所			
	免許登録番号			あん摩 マッサージ指圧師	氏 名	電話	
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				

振 込 先 情 報	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入)					
	注) 口座情報登録の反映、給付金の支給につきましては、お時間を要します。また、下記の欄に口座の記入がある場合は、 記入口座を優先させていただきます。					
	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	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンボ 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

受付日付印