

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (●年 ●月分)【あんま・マッサージ用】

被保険者欄	被保険者等の 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 健保 太郎	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)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室			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 健保 花子	療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 令和	●●年 ●●月 ●●日	
	発病又は 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 ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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		施術期間		実日数	請求区分																										
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続																										
	傷病名及び症状					転 帰																										
						転医																										
	施術 内 容	通	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。																													
		訪																														
		訪																														
		訪																														
		訪																														
	温 罨 法 ()																															
温 罨 法 ・ 電 気 療 法																																
変形徒手療法 ※温罨法と併用可																																
特別地域																																
往 療 料		円 × 回 = 円																														
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 × 回 = 円																														
費 用 額 計		円																														
施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②																															
往療◎	訪問3③																															
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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。		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																									
	住所		〒 -		住所		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																											

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

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(申請書)	氏 名	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏 名	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

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 当座	その他 ()	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

備考	個人番号 (被保険者等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